RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTRÉAL-CENTRE

rapport annuel 1999-2000

Le défi de l'accès l'an 2

Le Rapport annuel 1999-2000 est une production du Service des communications – Direction des relations avec la communauté de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Directeur des relations avec la communauté
Louis Côté

Recherche et coordination
Édith Lemay

Rédaction
Publisanté inc.

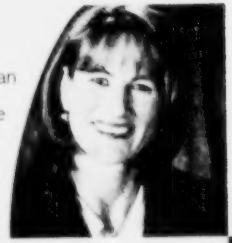
Révision de texte
Lise Latourelle

Mise en page et page couverture
www.farleydw.com

ISBN 2-89510-038-1
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, 2000

106-01264/

MOT DE LA PRÉSIDENTE ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL



L'année dernière, première année de l'implantation des mesures contenues au Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, la Régie régionale changeait profondément sa façon de concevoir et de présenter la « carte d'affaire » que constitue son rapport annuel. En effet, écrivions-nous, « nous voulons que cet outil mette plus en évidence tant les objectifs que nous visons que le chemin parcouru dans l'année pour les atteindre ». Bien qu'imparfaite, cette nouvelle façon de voir et de faire a été bien accueillie et c'est avec plaisir et fierté que nous vous présentons ce que nous espérons être une version améliorée de notre rapport annuel pour l'année 1999-2000.

À mi-chemin dans la réalisation de notre Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, sommes-nous en bonne voie de relever le défi de l'accès? Malgré certains retards aussi inévitables que relativement peu nombreux, la réponse est oui. Si certains défis sont en meilleure voie de réalisation que d'autres et si certains autres doivent être revus ou recentrés, la plupart tiennent le cap. Le présent rapport annuel rend compte de l'évolution de la situation après deux ans d'application de notre plan.

Relever le défi de l'accès

Relever le défi de l'accès consiste, en gros, à donner les bons services au bon moment, à la bonne personne et au bon endroit en utilisant, de façon coordonnée, cinq moyens déjà disponibles : l'information et la prévention, les services de base, les services de crise et d'urgence, le traitement spécialisé et ultraspécialisé et la réadaptation. Relever le défi de l'accès, c'est aussi privilégier le maintien dans le milieu de vie naturel lorsque cela est possible et souhaitable au plan de la sécurité et de la santé. Ce parti pris et cette volonté de faire sont présents dans tous les continuums de services offerts à la population montréalaise. On nous permettra de nous arrêter, à titre d'exemple, sur quelques-unes des nombreuses mesures réalisées au cours de l'année 1999-2000.

Évaluer pour s'améliorer

Réunissant plus de 500 intervenants, le colloque «Évaluer pour s'améliorer», sur l'amélioration continue de la qualité des services et la satisfaction des usagers, a eu lieu en mai 2000. Cet événement avait pour but de souligner l'aboutissement de l'expérimentation, fort concluant, réalisée depuis deux ans dans 22 sites pilotes. Il avait également pour objectif la généralisation du programme d'amélioration à l'ensemble de nos établissements et l'intégration du niveau de satisfaction des usagers à l'ensemble du processus de gestion

d'un établissement. La Régie régionale continuera dans l'avenir à promouvoir le concept de service régional qui a été développé et à encourager les établissements à se l'approprier.

1999-2000 : des actions concrètes pour des gains concrets

Les services médicaux de première ligne

En matière d'accès aux services médicaux de première ligne, outre la création d'une nouvelle Direction des affaires médicales et la nomination de son directeur, la Régie régionale a poursuivi l'implantation du Département régional de médecine générale qui devrait véritablement démarrer à l'automne 2000, suite à la signature d'une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Une première réunion de l'Assemblée générale a été tenue en décembre 1999, au cours de laquelle le règlement sur la composition, les modalités d'élection ou de nomination et la durée du mandat des membres a été adopté. C'est à l'automne que se poursuivra le processus d'implantation du DRMG avec la formation du comité de direction qui sera formé de trois membres élus et de neuf médecins nommés.

Les services de maintien à domicile

Le service de maintien à domicile offert par les CLSC voit sa clientèle augmenter d'année en année. Pour l'année 1998-1999, 25 279 personnes ont pu bénéficier de ce service, soit une augmentation de 7% par rapport à l'année précédente. Dans son plan 1998-2002, la Régie régionale prévoit injecter 22,5M$ dans les services à domicile. Jusqu'à présent, 13,7M$ ont été octroyés dans ce programme.

La situation des salles d'urgence

Si la situation n'a pas beaucoup évolué depuis trois ans, le séjour moyen de plus de 24 heures étant, en 1999-2000, le même que celui qui existait en 1996-1997, après avoir connu une très légère diminution en 1997-1998, elle s'est détériorée en ce qui a trait au nombre de patients qui ont séjourné plus de 48 heures. Le plan d'action établi pour faire face à la situation des salles d'urgence pendant la période hivernale a misé sur l'ouverture de lits en centres hospitaliers, l'achat de places d'hébergement en longue durée et en centres de crise et sur la contribution des CLSC pour assurer une prise en charge rapide des patients qui recevaient leur congé de l'urgence ou de l'unité de soins.

Par ailleurs, la Régie régionale a mis en place avec tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés un mécanisme de coordination quotidien qui s'est avéré particulièrement utile et efficace. Le premier bénéficiaire de ce système de suivi est la personne en besoin de services. En effet, grâce à la collaboration entre les centres hospitaliers et Urgence santé, les personnes en besoins de services sont maintenant orientées vers les salles d'urgence qui sont en mesure de leur prodiguer des soins d'urgence dans les meilleurs délais. Cette approche de coordination a, de plus, fait ressortir les avantages d'un travail en réseau avec l'apport considérable des CLSC, des centres de réadaptation et des centres d'hébergement et de soins de longue durée.

La Régie régionale a également pris un certain nombre d'autres mesures pour contrer l'engorgement des salles d'urgence, telles la facilitation du congé des malades pulmonaires chroniques, l'augmentation de l'accessibilité à des programmes ambulatoires en cardiologie, pneumologie et soins palliatifs et l'ajout d'équipements d'appoint.

L'accès aux soins ultraspécialisés

Avec des résultats variant d'un type de chirurgie à l'autre, la Régie régionale a continué d'investir des montants importants afin de réduire les listes d'attente en chirurgie cardiaque, en neurochirurgie, en orthopédie et en radio-oncologie.

Cependant, la demande pour ces chirurgies continue néanmoins d'augmenter plus rapidement que les ressources que la Régie régionale y consacre et, malgré l'augmentation du nombre d'opérations réalisées, le nombre de personnes en attente de services est en hausse constante. Les délais d'attente sont toujours plus longs qu'il ne serait souhaitable et la Régie régionale entend continuer à consacrer réflexion et efforts à les réduire.

Les personnes âgées en perte d'autonomie

La Régie régionale a continué d'accorder beaucoup d'attention aux personnes âgées en perte d'autonomie, en investissant des sommes importantes pour améliorer le taux de réponse en CHSLD et développer les services à domicile, et en prolongeant d'un an le projet de services intégrés aux personnes âgées (SIPA). Malgré tout, le taux de réponse aux besoins des usagers en CHSLD est toujours insatisfaisant et le nombre de lits pouvant offrir plus de 2,5 heures soins par jour, toujours insuffisant.

Les personnes ayant une déficience physique

À mi-parcours du plan d'amélioration 1998-2002, le budget de développement de 1,7 M$ nécessaire aux CLSC de la région pour offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile à une clientèle pouvant bénéficier de cette approche, n'a toujours pas été reçu du MSSS. La Régie n'en a pas moins maintenu son objectif d'allouer des budgets POSILTPH importants aux CLSC pour les aider à éliminer leur liste d'attente et accroître l'accès aux services pour les personnes présentant une déficience physique.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle

Dans le domaine de la déficience intellectuelle, les efforts de représentation du milieu et de la Régie régionale auprès du MSSS ont porté fruit, ce dernier annonçant, en fin d'année 1999-2000, son intention d'investir, dès avril 2000, un montant initial de près de 3,4 M$ pour répondre aux besoins des personnes ayant une déficience intellectuelle en attente de services.

D'autre part, la transformation des services résidentiels et socioprofessionnels des centres de réadaptation pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles a permis d'augmenter de 11% le nombre de personnes desservies.

Les personnes souffrant de troubles mentaux

La Régie régionale a poursuivi vigoureusement sa politique d'intégration et de réinsertion dans la communauté afin d'assurer aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères l'accès à des services de qualité en santé mentale, en investissant, au cours de l'année 1999-2000, un montant de 3 534 000 $ qui servira à intégrer 197 personnes.

L'adaptation sociale

Toujours préoccupée par la violence faite aux femmes, la santé et le bien être des tout-petits et le développement optimal des jeunes, la Régie régionale a poursuivi l'ensemble de ses politiques dans ces domaines. En concertation avec les partenaires concernés, elle a continué, tout au cours de l'année 1999-2000, à coordonner et supporter les actions, les comités, les ententes et les groupes de travail à portée régionale, de façon à faciliter, la mise en œuvre du projet jeunesse montréalais sur les 29 territoires de CLSC de Montréal.

Concernant l'alcoolisme et la toxicomanie, la Régie régionale a consolidé les trois programmes de traitement à la méthadone et accordé des budgets de consolidation et de développement à deux centres hospitaliers et à un centre de recherche. La Régie régionale a également développé un nouveau programme de traitement : Relais Méthadone.

Les grands dossiers en santé publique

En 1995, la Régie régionale a établi onze priorités de santé et de bien-être qui ont été intégrées au plan d'amélioration 1998-2002. Quatre de celles-ci sont des priorités qui font l'objet d'une attention particulière de la part de la direction de la Santé publique. Ces priorités sont : améliorer la santé et le mieux-être des tout-petits en milieu défavorisé, y compris au moment de la grossesse; améliorer le développement des jeunes en soutenant l'acquisition de comportements favorables; prévenir la violence faite aux femmes et en réduire les conséquences défavorables pour la santé et le bien-être des femmes; diminuer la mortalité et la morbidité du cancer du sein.

Les jeunes de la rue

L'Unité des maladies infectieuses de la Direction de la santé publique a mis sur pied, en 1996, un cadre d'action qui rassemble les deux centres jeunesse de Montréal et des représentants du milieu communautaire. Depuis 1998, les actions menées visent deux groupes : l'ensemble des jeunes desservis par les centres jeunesse et les jeunes présentant des conduites à haut risque (injection de drogues, prostitution, abus de drogues licites et illicites).

La condition de vie des femmes

Afin d'assurer la coordination de la mise en œuvre des politiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale, la Régie régionale a, en 1999-2000, confié cet important dossier au Service d'adaptation sociale de la direction de la Programmation et coordination, et nommé une nouvelle coordonnatrice pour le dossier « violence faite aux femmes ». Quelque 860 000$ ont été octroyé dans les divers dossiers de la violence faite aux femmes : formation des intervenants concernant la dynamique de la violence conjugale, prévention de la violence chez les jeunes, outils de prévention pour réduire la tolérance sociale face à la violence faite aux femmes, et ateliers donnés directement aux femmes pour contrer l'isolement et accroître leur sentiment de sécurité.

Encore loin des objectifs de financement

La Régie régionale estimait, dans son plan d'amélioration 1998-2002, qu'il lui faudrait investir un montant

de 155,8 M$ pour atteindre les objectifs d'accessibilité qu'elle s'est fixée pour améliorer le réseau montréalais d'ici 2002. Elle a reçu et réparti 25,3 M$ en 1998-1999 et 21,7$ en 1999-2000. À mi-chemin de la mise en œuvre du Plan d'amélioration 1998-2002, il manque toujours 108,6 M$ pour relever le défi de l'accès.

La prise en charge du déficit des hôpitaux

Importante sous plusieurs aspects, l'année 1999-2000 fut marquée par la décision du MSSS de prendre en charge, selon certaines conditions contenues dans une entente de gestion, les déficits des établissements au 31 mars 2000. Vingt-trois (23) ententes de gestion tripartites ont été signées entre le MSSS, la Régie régionale et les établissements. La contribution de la Régie régionale a atteint 37,5 M$. La Régie régionale souhaite que les établissements de son réseau profitent de cette nouvelle intervention du MSSS pour consolider leur situation et poursuivre leur mission sur des assises administratives et financières réalistes. Elle est confiante que les ententes tripartites constitueront la base d'un développement ordonné et fructueux.

Un passage à l'an 2000 réussi

À la Régie régionale, comme partout ici et ailleurs, l'année 1999-2000 fut marquée par le « passage à l'an 2000 ». La Régie régionale a donc pris les mesures nécessaires au maintien, sans interruption, de l'offre de services de santé et des services sociaux. Nous sommes fiers que ce passage, tant redouté à tort ou à raison, se soit effectué sans problème et de la façon la plus souple possible. Financé à 50% par le MSSS, 25% par la Régie régionale et 25% par les établissements, le coût total de ces mesures atteint approximativement 62 M$.

Toujours dans le domaine des télécommunications, le déploiement de l'inforoute sociosanitaire (Réseau de Télécommunication du secteur sociosanitaire), les activités d'implantation et de support d'un logiciel de courrier électronique, de même que le développement du système d'information clientèle des CLSC de la région de Montréal se sont regroupés dans ce qu'il est maintenant convenu d'appeler le Technocentre régional de Montréal-Centre.

Élections aux conseils d'administration des établissements de Montréal

En novembre dernier, 82 établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal étaient en élection afin de combler les 353 postes réservés aux représentants de la population au sein de chaque conseil d'administration. Un tout nouveau groupe d'administrateurs se sont joints au réseau montréalais de la santé et nous leur souhaitons toute la détermination et l'énergie nécessaire pour relever les défis qui se présenteront au cours de leur mandat. Les résultats de ces élections ont permis de

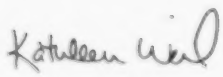
démontrer que la représentation féminine au sein des conseils d'administration s'établit maintenant à 45 % soit 7 points de plus qu'en 1996. Pour sa part, le taux de participation populaire est demeuré sensiblement le même que lors des élections de 1996, soit 1,2% comparativement à 1,6%.

Un réseau au service de la qualité

Voilà, certes, une année bien remplie qui nous a rapprochés, presque quotidiennement, de l'atteinte de nos objectifs, même si, certains jours, ceux-ci semblaient s'éloigner plutôt que se rapprocher. Les quelque 142 établissements qui composent notre réseau, les 394 lieux d'accès aux services, les 516 organismes communautaires subventionnés, dont la Régie régionale coordonne le travail et les efforts, les dizaines de milliers de femmes et d'hommes employés à un titre ou à un autre par les établissements et organismes du réseau travaillent, chacun à leur façon et chacun dans leur milieu, au mieux être d'une population de 1,8 million de personnes. En les félicitant et en leur redisant notre admiration pour la qualité de leur engagement, nous les remercions de relever avec nous le défi de l'accès.

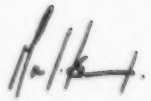
Nos remerciements chaleureux et nos cordiales salutations vont aussi au personnel de la Régie régionale, dont nous apprécions l'esprit de collaboration, le dynamisme et la complicité qu'ils mettent quotidiennement à assurer l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers.

La Présidente du conseil d'administration



Kathleen Weil

Le Directeur général



Marcel Villeneuve

Liste des tableaux, graphiques et cartes

Tableaux

Tableau 1 : Statistiques – Population ... 2
Tableau 2 : Organigramme de la Régie régionale ... 3
Tableau 3 : Le réseau d'établissements de la région de Montréal-Centre au 31 mars 2000 ... 4
Tableau 4 : Établissements à désignation universitaire ... 5
Tableau 5 : Plan d'accès aux services en langue anglaise : établissements désignés et indiqués ... 5
Tableau 6 : Subventions aux organismes communautaires 1999-2000 par catégorie ... 6
Tableau 7 : Effectifs de la Régie régionale ... 7
Tableau 8 : Membres du conseil d'administration au 31 mars 2000 ... 8
Tableau 9 : Membres de la Commission médicale régionale au 31 mars 2000 ... 9
Tableau 10 : Effectifs médicaux ... 10
Tableau 11 : Les onze principes directeurs ... 12
Tableau 12 : Proportions des services hospitaliers dispensés à des non-résidents de Montréal ... 13
Tableau 13 : Pourcentage de patients provenant de régions voisines ... 13
Tableau 14 : Approche réseau : deux conditions essentielles ... 13
Tableau 15 : Quatre priorités ... 18
Tableau 16 : Un continuum de services ... 19
Tableau 17 : Des conditions de succès ... 20
Tableau 18 : Des conditions de succès ... 23
Tableau 19 : Développements requis et obtenus pour le plan 1998-2002 ... 26
Tableau 20 : Des conditions de succès ... 27
Tableau 21 : Info-Santé CLSC : Volume d'appels ... 34
Tableau 22 : Info-Santé CLSC : Délais d'accès ... 34
Tableau 23 : Mesures de désengorgement des urgences ... 36
Tableau 24 : Hébergement temporaire ... 44
Tableau 25 : Fermeture de lits de longue durée dans les CHSP ... 50
Tableau 26 : Réallocations requises et réalisées dans le plan 1998-2002 ... 51
Tableau 27 : Bilan des activités ... 68
Tableau 28 : Les dossiers traités par la Régie régionale ... 68
Tableau 29 : Plaintes traitées par la Régie régionale ... 68
Tableau 30 : Objets de plaintes selon la loi ... 69
Tableau 31 : Objets de plaintes - Ressources d'habitation privées ... 69
Tableau 32 : Des données sur le régime des plaintes ... 70
Tableau 33 : Personnel d'encadrement au 31 mars 1999 ... 72
Tableau 34 : Répartition des cadres ... 72
Tableau 35 : Service régional de main-d'œuvre au 31 mars 2000 ... 75
Tableau 36 : Projets régionaux et locaux en soutien au Défi de l'accès ... 76
Tableau 37 : Sommaire des acquisitions : immobilisations et équipements ... 81
Tableau 38 : Projets d'immobilisations > 300 000 $ ... 82
Tableau 39 : Projets d'équipements > 300 000 $ ... 82
Tableau 40 : Sommaire de la situation financière des établissements - 1999-2000 ... 89
Tableau 41 : Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 ... 90
Tableau 42 : État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CHSGS publics ... 91
Tableau 43 : État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CHSLD publics ... 92
Tableau 44 : État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CRPDIPT publics ... 92
Tableau 45 : État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CPEJ publics ... 92
Tableau 46 : État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CLSC publics ... 93

Graphiques

Graphique 1 : Santé physique : Séjours de plus de 24 heures ... 35
Graphique 2 : Santé physique : Séjours de plus de 48 heures ... 36
Graphique 3 : Chirurgie cardiaque adulte : Nombre de patients en attente ... 38
Graphique 4 : Chirurgie cardiaque adulte : Attente de plus d'un mois ... 38
Graphique 5 : Orthopédie – Genou : Nombre de patients en attente ... 39
Graphique 6 : Orthopédie – Genou : Attente de plus de six mois ... 39
Graphique 7 : Orthopédie – Hanche : Nombre de patients en attente ... 40
Graphique 8 : Orthopédie – Hanche : Attente de plus de six mois ... 40
Graphique 9 : Ophtalmologie – cataracte : Nombre de patients en attente ... 41
Graphique 10 : Ophtalmologie – cataracte : Attente de plus de six mois ... 41
Graphique 11 : Soins à domicile – Nombre de personnes âgées desservies ... 43
Graphique 12 : Évolution du fonds d'exploitation ... 97

Cartes

Carte 1 : Les vingt-neuf municipalités de l'île de Montréal ... 2
Carte 2 : Les vingt-neuf territoires de CLSC ... 3

Listes des sigles utilisés

CA :	Conseil d'administration
CH :	Centre hospitalier
CHCD :	Centre hospitalier de courte durée
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP :	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHR :	Centre hospitalier de réadaptation
CJ :	Centre jeunesse
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMR :	Commission médicale régionale
CPEJ :	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CR :	Centre de réadaptation
CRAN :	Centre de recherche et d'aide aux narcomanes
DRMG :	Département régional de médecine générale
M$:	Million de dollars
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ :	Office des personnes handicapées du Québec
POSiLTPH :	Projet d'organisation de services intensifs et à long terme pour personnes handicapées
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RFI :	Réadaptation fonctionnelle intensive
TED :	Troubles envahissant du développement
UHRESS :	Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins sur le SIDA
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
VIH :	Virus d'immunodéficience humaine

Présentation de la région et de la Régie régionale de Montréal-Centre

La région de Montréal-Centre ... 2
Quelques caractéristiques ... 2
La Régie régionale de Montréal-Centre ... 2
La mission ... 2
L'organisation interne ... 3
Le territoire ... 3
Le réseau d'établissements ... 3
Les principales modifications apportées au réseau ... 4
Les établissements avec mandat suprarégional ou provincial ... 4
Les établissements à vocation universitaire ... 5
Les établissements désignés dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise ... 5
Les organismes communautaires ... 6
Les ressources humaines ... 7
Les ressources financières ... 7
Le conseil d'administration ... 8
La composition et les membres ... 8
Les comités du conseil ... 8
Le comité de direction au 31 mars 2000 ... 8
La commission médicale régionale ... 9
Les principales activités de la Commission médicale régionale ... 9
Les effectifs médicaux ... 10

Les choix stratégiques, les priorités

Une orientation stratégique : l'accessibilité ... 12
Onze principes directeurs ... 12
Des priorités régionales de santé et de bien-être ... 18
Six continuums de services ... 19
Douze mesures centrales ... 20
Un financement adéquat ... 25
Sommaire financier lié aux continuums de services ... 25
Des conditions de succès ... 25
Une vingtaine d'indicateurs stratégiques ... 28

Les 12 mesures centrales : résultats après deux ans

Continuum de services en santé physique
Interventions de promotion et de prévention ... 32
La lutte au cancer du sein ... 32
Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne ... 33
Réduire de façon permanente l'engorgement des salles d'urgence ... 35
Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés ... 38
Améliorer l'accès aux services de prélèvements et aux analyses de laboratoire ... 41
Continuum de services aux personnes âgées
Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ... 42
Continuum de services en déficience physique
Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive ... 46
Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté ... 48
Continuum de services en santé mentale
Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté ... 50
Continuum de services aux personnes ayant une déficience intellectuelle
Desservir l'ensemble des personnes en attente de services ... 53
Continuum de services d'adaptation sociale
Interventions de promotion et de prévention ... 55
Des solutions d'avenir face à la violence faite aux femmes ... 57
Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur ... 59
Alcoolisme/Toxicomanie : se donner un plan régional d'action intersectoriel ... 61
Intégration et continuité des services en périnatalité ... 64
Les personnes itinérantes ... 64
Les services en SIDA ... 65
Pour l'ensemble des continuums : 1 mesure commune
Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services ... 66

Le traitement des plaintes

Les plaintes traitées par la Régie régionale selon la procédure d'examen des plaintes ... 68
Portrait global ... 68
Les établissements ... 69
Les objets de plaintes ... 69
Les thématiques ... 69

Deux grands chantiers

Chantier 1 : La valorisation du personnel d'encadrement ... 72
Chantier 2 : La mobilité professionnelle et le maintien des compétences ... 74

Les ressources matérielles

Les ressources matérielles ... 80
Modernisation des infrastructures ... 80
Aides techniques ... 80
Locations d'espaces ... 81
Les acquisitions d'immobilisations et d'équipements spécialisés ... 81

Les technologies et les systèmes d'information

Le passage à l'an 2000 ... 84
Le technocentre régional ... 84
L'implantation d'applications ... 84

La situation financière

Les ressources financières ... 88
Les ententes de gestion ... 88
Prise en charge du déficit 1999-2000 ... 88
Le passage à l'an 2000 ... 88
Le budget ... 88
La situation financière des établissements ... 89
Les autorisations d'emprunt ... 90

Les états financiers de la Régie régionale

Service des finances et de l'environnement ... 97
Résultats ... 98
Résultats par centre d'activités ... 99
Bilan ... 100
Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds ... 101
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits et suivi des comptes à payer non pourvus ... 108

Annexe

La situation financière détaillée des établissements de Montréal-Centre ... 110

Présentation de la région et de la Régie régionale de Montréal-Centre

La région de Montréal-Centre **2**

Quelques caractéristiques 2

La Régie régionale de Montréal-Centre **2**

La mission 2

L'organisation interne 3

Le territoire 3

Le réseau d'établissements 3

Les principales modifications apportées au réseau 4

Les établissements avec mandat suprarégional ou provincial 4

Les établissements à désignation universitaire 5

Les établissements désignés dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise 5

Les organismes communautaires 6

Les ressources humaines 7

Les ressources financières 7

Le conseil d'administration **8**

La composition et les membres 8

Les comités du conseil 8

Le comité de direction au 31 mars 2000 8

La Commission médicale régionale 9

Les principales activités de la Commission médicale régionale 9

Les effectifs médicaux **10**

LA RÉGION DE MONTRÉAL-CENTRE

Quelques caractéristiques

La région de Montréal-Centre correspond au territoire de la Communauté urbaine de Montréal avec ses 29 municipalités et se confond géographiquement à l'île de Montréal.

On y compte 1 799 453 habitants, soit 25% de la population du Québec. Au mois de juin 2000, le taux de chômage s'élève à 8,9% à Montréal, ce qui est légèrement plus élevé qu'au Québec qui connaît, à la même date, un taux de 8,4%. La région de Montréal-Centre compte proportionnellement plus de personnes âgées de 65 ans et plus que l'ensemble du Québec, 15,1% comparativement à 12,6%. De plus, 34,7% de celles-ci vivent seules, à Montréal et 29,8% dans l'ensemble du Québec. Un peu moins d'une personne sur cinq (19,5%) est âgée de moins de 18 ans à Montréal, alors qu'au Québec, c'est 22%. Près d'une famille montréalaise sur trois (33%) est monoparentale avec enfant (24% pour le Québec). Enfin, une personne sur trois (34,8%) vit sous le seuil de faible revenu, comparativement à 23,4% pour le Québec.

Montréal compte une majorité de francophones (53,3%). Elle constitue la terre d'accueil et de résidence de 70% des immigrants du Québec. Enfin, 18,3% de la population est de langue maternelle anglaise et 28,4% d'une autre langue que le français ou l'anglais.

LA RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE

La mission

La Régie régionale de Montréal-Centre est un organisme voué à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population vivant sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal et, plus directement, des personnes bénéficiant des services qui y sont dispensés.

Depuis la fin de l'année 1991, moment de sa création, elle est le maître d'œuvre de l'organisation et du développement des services de santé et des services sociaux dans la

Carte 1 **Les vingt-neuf municipalités de l'île de Montréal**

Tableau 1 **Statistiques - Polulation**

	Québec		Montréal-Centre	
	Nombre	%	Nombre	%
Population (1999) [1]	7 345 395	100	1 799 453	24,5
Taux de chômage (juin 2000)		8,4		8,9
Personnes de 65 ans et + (1999) [1]		12,6		15,1
Moins de 18 ans (1999) [1]		22		19,5
Personnes de 65 ans et + vivant seules (1996) [1]		29,8		34,7
Familles monoparentales, parmi les familles avec enfants (1996) [2]		11,4		16,4
Personnes vivant sous le seuil de faible revenu (1996) [2]		23,4		34,8
Langue maternelle française (1996) [2]		81,7		53,3
Langue maternelle anglaise (1996) [2]		8,4		18,3
Langue maternelle autre (1996) [2]		9,9		28,4

1 Sources : ISQ. Projection de la population 1996 à 2041
2 Statistiques Canada. Recensement 1996

région. Elle a pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer les programmes de santé et de services sociaux élaborés par la Ministre.

De concert avec ses partenaires, la Régie régionale vise avant tout à créer les conditions propres à maintenir en bonne santé les personnes qui le sont déjà et assurer des services de qualité à celles qui en ont besoin. Sa gestion repose sur une analyse objective des besoins de la population, sur une recherche constante de l'excellence des services, de même que sur un souci d'efficacité et d'optimisation des ressources mises à sa disposition. Ses instances décisionnelles sont composées de représentants de plusieurs secteurs de la collectivité montréalaise.

L'organisation interne

La structure de fonctionnement interne de la Régie régionale comporte une direction générale et six directions sectorielles : la Direction des relations avec la communauté, la Direction des immobilisations et finances, la Direction de la programmation et coordination, la Direction des ressources humaines, la Direction de la santé publique et la Direction des affaires médicales.

Le territoire

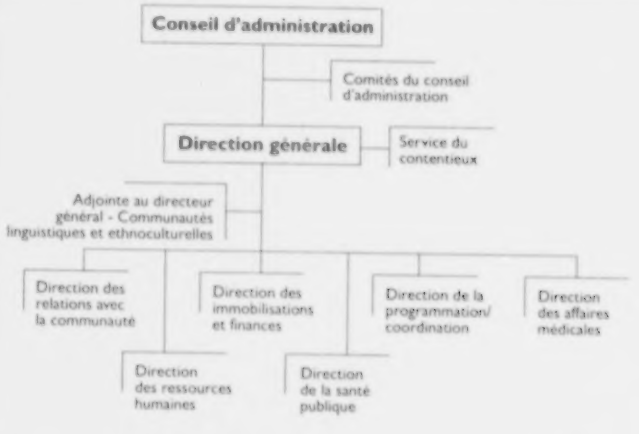
La région de Montréal-Centre se confond avec le territoire de la Communauté urbaine de Montréal qui regroupe 29 municipalités situées sur l'île de Montréal.

Le réseau d'établissements

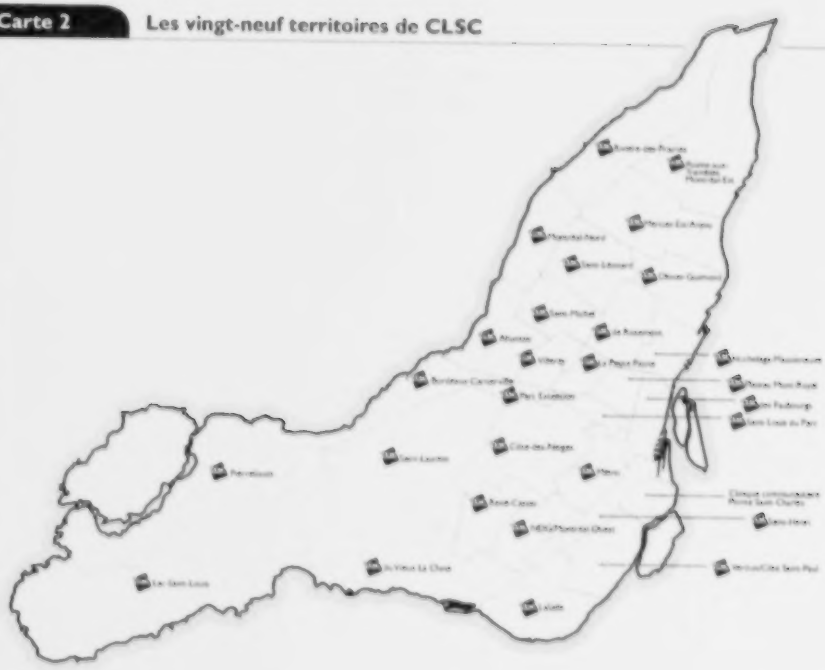
Le réseau de santé et de services sociaux montréalais se compose de 96 établissements publics et 46 privés (dont 26 sont des établissements privés financés par la Régie régionale), pour un total de 142 établissements.

On y compte 26 centres hospitaliers (CH) dont 4 offrent spécifiquement des soins psychiatriques, 29 CLSC, 70 établissements dont la mission est d'offrir des services d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 7 établissements pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation et 13 centres de réadaptation en déficience intellectuelle, physique, alcoolisme-toxicomanie. En 1999-2000, ce réseau se déploie en fait dans 394 installations réparties dans les différents quartiers de l'île de Montréal.

Tableau 2 **Organigramme de la Régie régionale au 31 mars 2000**



Carte 2 **Les vingt-neuf territoires de CLSC**



Les principales modifications apportées au réseau

Au cours de l'année 1999-2000, le réseau a été modifié de la façon suivante :

- Intégration, le 1er avril 1999, du Centre d'accueil Nazaire-Piché et du Foyer Dorval au Centre d'accueil de Lachine, maintenant dénommé les CHSLD Lachine, Nazaire-Piché et Foyer Dorval (CHSLD public).
- Intégration, le 1er avril 1999, de l'Hôpital Grace Dart au Centre de soins prolongés de Montréal, maintenant dénommé Centre de soins prolongés Grace Dart (CHSLD public).
- Fermeture, le 21 juin 1999, de l'Hôpital St-Denis (CHSLD privé).
- Intégration, le 8 décembre 1999, de l'Hôpital Marie Enfant à l'Hôpital Sainte-Justine (CHSGS public).

Les établissements avec mandat suprarégional ou provincial

Trois établissements de la région de Montréal-Centre ont une vocation suprarégionale (ouest du Québec) à l'égard des personnes ayant subi une blessure à la moelle épinière (blessés médullaires). Ces établissements ont été désignés en juin 1997, conformément à l'article 112 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Institut de réadaptation de Montréal et du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau.

Tableau 3 **Le réseau d'établissements de la région de Montréal-Centre au 31 mars 2000**

	Nombre d'établissements		
	Total	**Publics**	**Privés**
Centres locaux de services communautaires	**26** [1]	**25**	**1** [2]
Centres hospitaliers	**26** [3]	**22**	**4**
Soins généraux et spécialisés	22 [4]	18	4
Soins psychiatriques	4	4	-
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	**70** [5]	**35**	**35**
Centres de réadaptation	**18** [6]	**12**	**6**
Alcoolisme et toxicomanie	2	1	1
Déficience intellectuelle	5	4	1
Déficience physique	6	4	2
Jeunes en difficulté d'adaptation	4	3 [7]	1
Mères en difficulté d'adaptation	1	-	1
Centres de protection de l'enfance et de la jeunesse	**2** [8]	**2**	-
Total	**142** [9]	**96**	**46**

Source : Système référentiel établissements, Services documentaires

1 Plus trois CLSC publics qui exploitent la mission CHSLD.

2 Il s'agit de la Clinique communautaire Pointe St-Charles.

3 Plus trois CHSGS publics qui exploitent la mission CHSLD.

4 Les établissements suivants ont un mandat de réadaptation : Centre hospitalier Catherine Booth, Centre hospitalier Richardson, Hôpital Marie-Clarac, Hôpital Marie Enfant (installation de l'Hôpital Sainte-Justine), Institut de réadaptation de Montréal, l'Hôpital de réadaptation Lindsay et Villa Medica.

5 Plus trois CHSLD publics qui exploitent la mission CHSGS, trois CHSLD publics qui exploitent la mission CLSC et un CHSLD privé qui exploite la mission CR.

6 Plus un CR pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation qui exploite la mission CPEJ : Les Centres jeunesse de Montréal.

7 Ces trois établissements font partie des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.

8 Il s'agit des Centres jeunesse de Montréal et du CPEJ Ville-Marie. Ce dernier fait partie des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.

9 Les établissements de la région offrent des services dans quelque 394 installations qu'ils exploitent.

Les établissements à désignation universitaire

À Montréal, huit établissements ont une désignation universitaire et un autre est en attente de désignation. On y retrouve un centre hospitalier universitaire mère-enfant, un centre hospitalier universitaire, trois centres affiliés universitaires, deux instituts santé et un institut social.

Tableau 4 Établissements à désignation universitaire

Établissements	Désignation au 31 mars 2000
Centre universitaire de santé McGill	CHU adulte
Hôpital Sainte-Justine	CHU mère-enfant
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	En attente de confirmation pour une désignation CHU adulte
CLSC Côte-des-Neiges	Centre affilié universitaire
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Centre affilié universitaire
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Centre affilié universitaire
Institut de cardiologie de Montréal	Institut santé – Institut universitaire dans les domaines de la médecine vasculaire et de la cardiologie
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Institut santé - Gériatrie
Les Centres jeunesse de Montréal	Institut social – Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes

Source : Système référentiel établissements, Services documentaires

Les établissements désignés dans le cadre du programme d'accès aux services en langue anglaise

Dans l'ensemble du réseau montréalais, 37 établissements sont désignés pour offrir l'ensemble de leurs services aussi en anglais, 45 établissements doivent offrir certains services en anglais et 21 établissements ont un programme d'accès aux communautés culturelles.

La Régie régionale de Montréal-Centre gère une banque d'interprètes composée de 114 interprètes et traducteurs qui travaillent dans 45 langues. En 1999-2000, la Régie régionale a reçu 8 578 demandes, une augmentation de 71% par rapport à l'année précédente, et effectué 15 284 heures d'interprétation.

Tableau 5 Plan d'accès aux services en langue anglaise : établissements désignés et indiqués

	CH	CLSC	CPEJ	CHSLD	CR	Total
Désignés	13	0	1	13	10	37
Indiqués	7	26	0	7	5	45
Établissements avec programme d'accès aux communautés culturelles	6	9	2	2	2	21

Les organismes communautaires

Cinq cent quatre-vingt-cinq (585) organismes communautaires étaient admissibles au Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) en 1999-2000, une augmentation de 22 organismes par rapport à l'année 1999-2000. De ce nombre, 516 ont reçu des subventions.

L'enveloppe régionale du programme en 1999-2000 était de 50 315 936 $ et en 1999-2000, de 51 663 427 $ pour une augmentation de 1 347 491 $. Cette variation s'explique d'une part, par deux transferts de fonds vers d'autres dispensateurs de services. Ces dispensateurs de services sont le Centre de distribution des aides techniques et le CLSC des Faubourgs dans le cadre du programme d'urgence psycho-sociale. Et d'autre part, par l'ajout de montants définis ci-contre.

847 762 $ récurrents 138 112 $ non récurrents	Augmentation de l'enveloppe budgétaire du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
492 500 $ récurrents	Ajout budgétaire dans le cadre du plan d'action ministériel, afin de contrer la détresse sociale chez les jeunes, octroyé à divers organismes communautaires déjà identifiés par le MSSS.
106 368 $ récurrents	Dans le cadre du plan d'action ministériel triennal pour les jeunes et la détresse sociale, ce montant s'est ajouté pour l'actualisation de la stratégie québécoise d'Action face au suicide.

Tableau 6 Subventions aux organismes communautaires - 1999-2000 par catégorie

Catégorie	Nombre d'organismes subventionnés 1998-1999	Total des subventions allouées en 1998-1999	Nombre d'organismes subventionnés 1999-2000	Total des subventions allouées en 1999-2000
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ				**23 466 675**
Alcoolisme et autres toxicomanies	8	260 831	10	310 614
Autres ressources pour les femmes	3	181 605	3	182 810
Autres ressources pour les jeunes	38	1 967 294	38	2 097 848
Centres d'action bénévole	0 !	112 350	9	294 150
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	4	461 697	4	464 760
Centres de femmes	19	1 337 424	19	1 346 303
Familles	57	2 402 063	59	2 425 842
Maisons d'hébergement dépannage pour jeunes en difficulté	13	3 103 089	13	3 211 426
Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	23	5 772 524	24	5 939 610
Maisons des jeunes	23	1 553 673	23	1 563 981
Multiclientèles	19	809 936	11	652 204
Organismes d'assistance et d'accompagnement	1	120 000	1	140 796
Organismes d'intervention auprès des conjoints violents	4	447 171	5	409 873
Organismes de justice alternative	2	1 070 000	2	1 077 098
Personnes âgées	3	87 556	3	88 137
Personnes ayant des problèmes de santé physique	3	16 500	3	6 610
Personnes démunies	34	509 000	35	623 339
Personnes des communautés culturelles et autochtones	25	402 324	32	547 105
Personnes handicapées (déficience intellectuelle et déficience physique)	33	1 505 848	32	1 486 276
Ressources de dépannage pour clientèles en difficulté	3	452 025	4	472 845
Services adaptés à une population spécifique	1	19 821	1	19 952
AUTRES ORGANISMES	**3**	**810 742**	**3**	**986 121**
CONCERTATION ET CONSULTATION RÉGIONALES	**8**	**463 521**	**8**	**460 476**
MAINTIEN À DOMICILE	**70**	**4 028 681**	**70**	**4 055 406**
SANTÉ MENTALE	**81**	**19 817 361**	**85**	**19 902 470**
SIDA	**18**	**2 602 900**	**19**	**2 654 167**
Crédits année bissextile 1999-2000 (non récurrent)				138 112
TOTAL :	**496**	**50 315 936**	**516**	**51 663 427**

! Ces organismes sont dénombrés dans une autre catégorie

La principale activité pour l'exercice 1999-2000 a été la reconduction des allocations aux organismes communautaires qui répondaient aux critères d'admissibilité et d'analyse du programme SOC.

En 1999-2000, les 85 organismes en Santé mentale ont reçu 38,5% du budget. Tout comme l'an dernier, 24 maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté se sont partagées 11% du budget et 13 maisons de dépannage pour jeunes en difficulté ont recueilli 6,2% des fonds disponibles. La part des 70 organismes de maintien à domicile s'est maintenue à 7,8% et les groupes SIDA à 5%. Enfin, 4,7% du budget de subventions est allé aux 59 organismes de la catégorie Famille.

Les ressources humaines

La Régie régionale dispose d'un effectif régulier de 223,4 postes équivalents temps complet (ETC). Elle fait également appel à des ressources occasionnelles pour répondre à des besoins ad hoc et s'acquitter de mandats spéciaux. En 1999-2000, l'utilisation de ces ressources occasionnelles équivalait à 46,8 postes temps complet.

Pour l'exercice de référence, l'effectif de la Régie régionale est resté sensiblement le même que l'exercice précédent.

Les ressources financières

Le budget interne de la Régie régionale, pour l'année 1999-2000, est passé de 17,5 M$ à 19,1 M$, une augmentation de 8,3%. Cette augmentation résulte en grande partie d'ajustements de taxes et de loyer qu'elle n'avait pas à payer au cours des années précédentes (1,4 M$). Afin d'assumer le coût des mesures non récurrentes défrayé au cours des années antérieures, la Régie régionale a mis en place un plan de réduction de ses dépenses dont tous les objectifs ont été atteints. Cette rigueur administrative et financière lui a d'ailleurs permis de dégager, en fin d'année, un léger surplus. On trouvera, au chapitre 8 du présent rapport annuel, les états financiers détaillés de l'exercice 1999-2000.

Soulignons que la Régie régionale gère une enveloppe budgétaire régionale de 3,3 milliards de dollars répartie à 98% à travers les 142 établissements de son réseau.

Tableau 7 **Effectifs de la Régie régionale**

	Au 31 mars 1999		Au 31 mars 2000	
	Nombre	ETC	Nombre	ETC
Les Cadres				
■ Temps complet	42	42,0	40	40,0
■ Temps partiel	1	0,8	1	0,8
■ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	3	3,0	4	4,0
Sous-total :	**46**	**45,8**	**45**	**44,8**
Les employés réguliers	178	178,0	173	173
■ Temps partiel	6	3,9	8	5,6
■ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1,0	0	0,0
Sous-total :	**185**	**182,9**	**181**	**178,6**
Total 1 :	**231**	**228,7**	**226**	**223,4**
Les occasionnels				
■ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	99 395	54,43	85 429	46,8
Total 2 :		**283,13**		**270,19**

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

La composition et les membres

24 personnes composent le Conseil d'administration de la Régie régionale :

- 6 membres comblent les postes dédiés aux établissements et ont été élus par la population au sein d'un conseil d'établissement;
- 4 personnes occupent les places définies pour les organismes communautaires;
- 4 administrateurs proviennent de différentes municipalités;
- 3 membres sont issus de groupes socio-économiques et autres groupes intéressés;
- 2 sièges sont dévolus aux établissements d'enseignement;
- 3 personnes siègent à titre de membre coopté;
- 2 personnes sont membres d'office : le président de la Commission médicale régionale et le directeur général.

En 1999-2000

La présidente	Kathleen Weil
Le vice-président	Marc de Bellefeuille
Le secrétaire	Marcel Villeneuve

Les comités du Conseil

Le Conseil d'administration s'est doté de trois comités de travail afin de l'alimenter et le conseiller dans ses réflexions. Ces comités sont : le comité d'allocation des ressources, le comité de mise en place des mesures du « Défi de l'accès » 1998-2002 et le comité de vérification.

Le comité de direction au 31 mars 2000

Le directeur général	Marcel Villeneuve
L'adjointe au directeur général	Sara Saber-Freedman
Le directeur des Affaires médicales	Dr Guy Legros
Le directeur des Immobilisations et finances	René Rouleau
La directrice de la Programmation et coordination	Francine Rochon
Le directeur des Relations avec la communauté	Louis Côté
Le directeur des Ressources humaines	Jacques Larouche
Le directeur de la Santé publique	Dr Richard Lessard

Tableau 8 **Membres du conseil d'administration au 31 mars 2000**

Établissements

Mme Monique BRUNEAU,	centres de réadaptation
Mme Colette P. CHAGNON,	centres d'hébergement et de soins de longue durée
M. Marc DE BELLEFEUILLE,	centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
Mme Brigitte BÉDARD,	centres locaux de services communautaires
Mme Jenny GOLDMAN,	établissements ayant une désignation universitaire
Mme Kathleen WEIL,	centres de protection de l'enfance et de la jeunesse

Organismes communautaires

M. Pierre BERGER,	déficience intellectuelle
Mme Violaine GAGNON,	santé mentale
M. Pierre-Yves LÉVESQUE,	déficience physique
Mme Anne-Marie SAUVÉ,	multiclientèles

Municipalités

M. Ovide T. BACIU,	Communauté urbaine de Montréal
Mme Anne MYLES,	Communauté urbaine de Montréal
Mme Mary DEROS,	Ville de Montréal
Mme Nicole ROY-ARCELIN,	Ville de Montréal

Établissements d'enseignement

M. Alain GAUTHIER,	établissements d'enseignement primaire/secondaire
M. Réginald LAVERTU,	établissements d'enseignement collégial/universitaire

Groupes socio-économiques, organismes et associations

M. Robert BOUSQUET,	organismes et associations
M. Guy BRETON,	groupes socio-économiques
M. Victor GOLDBLOOM,	groupes socio-économiques

Membres cooptés

M. Marc-Léo LAROCHE
M. Conrad SAUVÉ
Dr Patrick VINAY

Président de la Commission médicale régionale

Dr Yves-Marc BERGERON

Directeur général

M. Marcel VILLENEUVE

La Commission médicale régionale

Composée de 20 membres dont 14 ont le droit de vote, les 6 autres siégeant à titre d'observateurs, la Commission médicale régionale est formée exclusivement de médecins (exception faite du directeur général de la Régie régionale) :

- 6 sont élus par leurs collègues, soit 3 omnipraticiens et 3 spécialistes (votants);
- 2 sont nommés par les doyens (votants);
- 4 sont nommés par la Régie régionale (votants);
- 2 sont membres d'office : le directeur de la santé publique et le directeur général de la Régie régionale (ou le médecin qu'il désigne à cette fin);
- 6 autres membres (non-votants) sont nommés par la Régie régionale avec un statut de membre observateur.

Les principales activités de la Commission médicale régionale

Durant l'année 1999-2000, la Commission médicale régionale s'est penchée sur les dossiers suivants :

- Le continuum de services en santé mentale, plan d'amélioration des services 1998-2000.
- L'épidémiologie dans les urgences.
- Les difficultés de recrutement des médecins dans la région de Montréal-Centre.
- La gestion des nominations des médecins en établissement, conformément aux plans régionaux d'effectifs médicaux durant la période estivale.
- L'entente particulière relative à la rémunération de la garde en disponibilité effectuée auprès d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), d'un centre hospitalier de réadaptation (CHR) et d'un centre de réadaptation (CR) en réadaptation physique exploité par un établissement ou dans le cadre du programme de maintien à domicile d'un CLSC.
- La démarche de consultation « Rôles et modalités d'articulation en périnatalité CHA/CLSC/Médecins traitants (période postnatale), Région de Montréal-Centre ».
- Le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).
- La situation dans les urgences en 1999-2000.
- Les permis restrictifs - Collège des médecins du Québec.
- La pénurie d'infirmières durant la période estivale.

Tableau 9 **Membres de la Commission médicale regionale au 31 mars 2000**

Membres élus	Représentation
Docteur Yves-Marc Bergeron **Président**, Physiatre, CHUM Hôpital Notre-Dame	Établissement universitaire
Docteur Lise Cusson **Vice-présidente** Omnipraticienne, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	Établissement universitaire
Docteur Gaston Drapeau Omnipraticien, CH de Lachine	Cabinet privé
Docteur W.-Michel Bichai Omnipraticien, Hôpital Santa-Cabrini	CHSLD
Docteur Élizabeth-Louise Gariépy Ophtalmologiste	Cabinet privé
Docteur Lorraine Pelletier Microbiologiste, Hôpital Jean-Talon	Établissement non-universitaire
Membres nommés par les doyens	**Représentation**
Docteur Samuel Benaroya Vice-Doyen aux Affaires inter-hospitalières, Université McGill	Université McGill
Docteur Robert Amyot Vice-Doyen aux études médicales postdoctorales, Université de Montréal	Université McGill
Membres votant nommés par la Régie régionale	
Docteur Linda Daigneault Omnipraticienne CLSC Olivier Guimond	CLSC
Docteur Fabienne Grou Omnipraticienne Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	Centre hospitalier, milieu universitaire
Docteur Alain Beaupré Pneumologue Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Centre hospitalier universitaire
Omnipraticien (poste vacant)	Deux choix : 1. (CHSLD, CHR, CUS) 2. Lieu principal de pratique en CHCD non universitaire

- La formation et le suivi des comités :
  - sur le cancer (comité régional);
  - sur les activités médicales régionales;
  - sur les plans des effectifs médicaux en spécialité et en omnipratique;
  - sur l'implantation du Département régional de médecine générale;
  - sur la garde en disponibilité.

L'entente particulière négociée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec relative aux activités médicales particulières (AMP) pour les omnipraticiens de moins de dix ans de pratique, d'une part, et le suivi des plans d'effectifs médicaux de la Régie régionale, d'autre part, ont nécessité un suivi constant de la Commission médicale régionale.

LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Au 31 mars 2000, la région comptait 4 888 médecins, soit 3 091 médecins spécialistes et 1 797 médecins omnipraticiens.

Le Ministère visait, en regard du plan régional d'effectifs médicaux pour la période 1997-2000, une décroissance de 35 médecins spécialistes et une croissance de 20 médecins omnipraticiens. Au cours de la deuxième année d'application du plan, un ajout de deux gériatres a été accordé par le ministère portant à 33 la diminution du nombre de spécialistes.

Le bilan démontre une diminution de 39 médecins spécialistes et de 3 médecins omnipraticiens pour un total de 42 médecins, au 31 mars 2000.

Tableau 9 Membres de la Commission médicale régionale au 31 mars 200 (suite)

Membres observateurs nommés par la Régie régionale	Représentation
Docteur Jean-François Cailhier Résident Fédération des médecins résidents du Québec	Résident en médecine
Docteur Pierre Masson Omnipraticien/DSP Hôpital Maisonneuve-Rosemont	DSP, milieu universitaire
Docteur Charles Bellavance Omnipraticien/DSP Hôpital Jean-Talon	DSP, milieu non universitaire
Docteur Gilbert Pinard Psychiatre Université McGill	Spécialiste d'une grande discipline
Docteur Jacques Corcos Urologue Hôpital Général Juif	Chef de département
Docteur Benoît L. Poulin Omnipraticien Hôpital Louis-H. Lafontaine	Omnipraticien ayant une pratique polyvalente
Membres d'office	**Représentation**
Docteur Richard Lessard Directeur de la santé publique Santé communautaire Régie régionale de Montréal-Centre	Direction de la santé publique
Docteur Serge Gingras Coordonnateur médical par intérim Secrétaire de la Commission médicale régionale Régie régionale de Montréal-Centre	Désigné par le D.G. de la Régie régionale de Montréal-Centre

Tableau 10 Effectifs médicaux

	Objectif 1997-2000	Résultats 31-03-1999	31-03-2000
Spécialistes	+ 33	- 79	- 39
Omnipraticiens	+ 20	- 45	- 3
Total	**- 13**	**- 124**	**- 42**

Les choix stratégiques, les priorités

Une orientation stratégique : l'accessibilité 12

Onze principes directeurs 12

Des priorités régionales de santé et de bien-être 18

Six continuums de services 19

Douze mesures centrales 20

Un financement adéquat 25

Sommaire financier lié aux continuums de services 25

Des conditions de succès 25

Une vingtaine d'indicateurs stratégiques 28

UNE ORIENTATION STRATÉGIQUE : L'ACCESSIBILITÉ

Améliorer les délais d'accès pour des soins et des services importants pour la santé et le bien-être de la population constitue le défi que la Régie régionale de Montréal-Centre veut relever au cours des années 1998-2002.

La Régie régionale vise à accentuer ses efforts en vue de consolider les services et d'améliorer la performance du réseau dans certains secteurs clés. Dans cette optique, elle adoptait, en mai 1998, « Le Défi de l'accès », plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux à Montréal.

Pour relever ce défi, la Régie régionale entend s'appuyer sur des citoyens actifs, informés et impliqués dans les changements souhaités.

ONZE PRINCIPES DIRECTEURS

Onze principes directeurs ont guidé les choix présentés dans « Le Défi de l'accès » et fondent la façon dont la Régie régionale conçoit l'amélioration des services de santé et des services sociaux à Montréal.

1. UNE VISION MÉTROPOLITAINE DES SERVICES

La région de Montréal assure des services spécialisés et ultraspécialisés aux résidants de l'île de Montréal, à l'ensemble de la population métropolitaine et, dans certains cas, du Québec. Cette zone métropolitaine compte 2 900 000 personnes, dont 1 800 000 sur l'île de Montréal, ce qui représente au total 59% de la population du Québec. On y retrouve cinq régions qui disposent de 57% du budget québécois de la santé et des services sociaux.

Il n'existe aucune frontière réelle entre les différents territoires de la zone métropolitaine et la population a librement accès, au-delà des limites administratives, à l'ensemble des ressources en fonction de ses besoins.

Cette façon de concevoir la dispensation de services spécialisés à Montréal entraîne nécessairement des conséquences sur la façon de gérer ces services.

Tableau 11 **Les onze principes directeurs**

Quatre orientations générales

1. Une vision métropolitaine des services
2. Une approche réseau
3. Des services publics à la bonne vitesse
4. L'enseignement et la recherche

Sept orientations plus spécifiques

5. Des services accessibles au bon moment, au bon endroit
6. Des activités de promotion et de prévention mieux intégrées
7. Cibler au lieu de saupoudrer
8. Le balisage avec les meilleures pratiques
9. L'amélioration continue de la qualité pour tous
10. La reconnaissance du communautaire et du partenariat intersectoriel
11. Le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population

■ **Considérer une approche métropolitaine pour l'accès aux services spécialisés**

La Régie régionale pense que le Ministère et ses partenaires dans la région métropolitaine doivent reconnaître cet espace métropolitain et collaborer à une planification intégrée de l'organisation des services spécialisés. Elle croit que le rééquilibrage des ressources de soins généraux et de certains soins spécialisés dans l'espace métropolitain devrait viser une amélioration de l'accès et de la qualité des services ainsi qu'une utilisation optimale de l'ensemble des ressources et infrastructures, selon une approche intégrée avec les régions limitrophes.

■ **Une approche locale ou régionale pour l'accès aux services de première ligne**

L'accès aux services de première ligne, que ce soit dans le domaine de la santé physique, des services sociaux, de la santé mentale, du maintien à domicile ou encore pour des services d'hébergement et de soins de longue durée doit être assuré sur une base locale dans chacune des régions.

■ **Des enveloppes budgétaires nationales adéquates**

Certains services ultraspécialisés, tels les transplantations, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie ont un bassin de desserte qui englobe la grande région métropolitaine (et, dans certains cas, tout le Québec). De l'avis de la Régie régionale, la voie de la solution passe par la création d'enveloppes nationales pour financer ces services.

2. UNE APPROCHE RÉSEAU

Une multiplicité d'acteurs contribuent à assurer une réponse aux besoins de la population de la grande région de Montréal. Afin d'assurer une continuité des soins et services, la Régie régionale a commencé, dès 1995, à mettre en place un réseau interactif d'entités autonomes au plan local. Dans ce sens et pour ne citer que cet exemple, un médecin qui prescrit à son patient des soins postopératoires à domicile, doit s'assurer auprès du CLSC concerné que le service est disponible et s'entendre sur le suivi à donner.

Cette approche exige évidemment des partenaires du réseau qu'ils convergent vers des objectifs communs, coordonnent leurs actions, se donnent des mécanismes de liaison et acceptent d'adopter des normes et standards de communication uniformes.

Tableau 12 Proportions des services hospitaliers dispensés à des non-résidents de Montréal

Services hospitaliers pour des non-résidents	34 %
Services ultraspécialisés	53 %
Services spécialisés	35 %
Services généraux	29 %

Tableau 13 Pourcentage de patients provenant de régions voisines

Établissements	% de patients en provenance des régions voisines : Laval, Montérégie, Laurentides, Lanaudière
Centre hospitalier de l'Université de Montréal	37,0 %
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	53,4 %
Centre hospitalier Angrignon	18,1 %
Hôpital général du Lakeshore	32,8 %

Tableau 14 Approche réseau : deux conditions essentielles

- S'assurer que chaque composante dispose des ressources appropriées pour jouer efficacement son rôle
- Mettre en place des mécanismes de liaison interactifs fonctionnels

3. DES SERVICES PUBLICS À LA BONNE VITESSE

La Régie régionale veut consolider et continuer à développer l'accessibilité à des services publics de qualité. Selon elle, c'est en misant sur l'amélioration de la performance du réseau public par l'optimisation de toutes les ressources à sa disposition qu'elle évitera l'instauration de deux systèmes de services, l'un pour les riches et l'autre pour les pauvres.

Toutefois, vouloir maintenir le caractère public des services ce n'est pas rejeter la collaboration du secteur privé, notamment en ce qui a trait aux services d'hébergement et de soins de longue durée, à la recherche et à l'implantation d'industries reliées au domaine de la santé, telles les industries pharmaceutiques, biotechnologiques, les technologies de l'information et de consultations. À l'heure actuelle, le partenariat développé avec le secteur privé se retrouve dans des créneaux susceptibles d'apporter une valeur ajoutée réelle aux plans économique et social ou à la qualité des services.

4. L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE

La région de Montréal-Centre compte huit établissements universitaires désignés et un établissement en attente de désignation. Ces établissements ont une triple vocation : prestation de services, enseignement et recherche. En plus de ces huit centres, la Régie régionale poursuivra ses interventions auprès de la Ministre afin qu'elle procède à des désignations universitaires dans le domaine de la santé mentale (institut universitaire de santé mentale) et dans le domaine des CLSC (centre affilié universitaire).

La Régie régionale considère que l'enseignement et la recherche sont des composantes essentielles pour améliorer les services à la population. Elles favorisent l'évolution et le développement des nouvelles technologies médicales et informationnelles qui sont au cœur de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de ses services. En maintenant ses équipements à la fine pointe de la technologie dans ces centres, la Régie régionale veut assurer la réussite du virage ambulatoire, de la qualité des services diagnostiques et thérapeutiques ainsi que de l'accès aux plateaux techniques.

À ce titre, le soutien et le financement de ces activités constituent un enjeu majeur. La Régie régionale compte utiliser tous les leviers à sa disposition pour en favoriser l'essor et en maximiser les retombées dans l'ensemble du réseau. Elle suggère la constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche sur le modèle de celle dédiée aux services ultraspécialisés. Cette enveloppe devrait être divisée en deux parties : l'une pour les services et l'autre pour le financement des immobilisations et l'acquisition ou le remplacement des équipements nécessaires pour appuyer la mission des centres universitaires.

5. DES SERVICES ACCESSIBLES AU BON MOMENT, AU BON ENDROIT

Les gens désirent demeurer à la maison le plus longtemps possible, aussi longtemps que leur niveau d'autonomie le permet. C'est lorsque leur sécurité et leur santé l'exigent que le recours aux services institutionnels devient plus évident.

Cette tendance à privilégier le maintien dans le milieu de vie naturel lorsque cela est possible est présente dans tous les continuums de services. Cela requiert une utilisation optimale et judicieuse de toutes les ressources accessibles à partir du domicile et de la communauté jusqu'à celles offertes en institution. Utiliser le bon niveau de soins au bon moment est plus économique, tant pour le réseau que pour la population.

6. DES ACTIVITÉS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION MIEUX INTÉGRÉES

Au plan de la prévention-promotion, la Régie régionale choisit ses actions en fonction de leur importance pour la santé et le bien-être de la population, de sa capacité d'agir et du degré de mobilisation du milieu. Ces actions se concrétisent souvent grâce à la collaboration d'un partenariat intersectoriel efficace et tourné vers l'action au plan local et régional. Dorénavant, la Régie régionale veut mieux intégrer les mesures de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services.

Les quatre grandes priorités régionales de santé et de bien-être identifiées en 1994 demeurent toujours d'actualité : la santé et le bien-être des tout-petits, le développement optimal des jeunes, la violence faite aux femmes et le cancer du sein. Le Ministère a ajouté cinq priorités nationales à ces choix régionaux. Celles-ci sont relatives aux immunisations, au VIH-SIDA et aux maladies transmises sexuellement, aux traumatismes non-intentionnels, à l'alcoolisme-toxicomanie et au tabagisme.

7. CIBLER AU LIEU DE SAUPOUDRER

Parce qu'issu, très souvent, de compromis entre les intérêts de plusieurs groupes d'influence, le saupoudrage de ressources sur un grand nombre de mesures est, selon la Régie régionale, inefficace. Elle opte, en conséquence, pour une approche qui cible ses interventions.

En continuité avec les précédents, ce plan choisit aussi de concentrer les efforts de la Régie régionale sur un nombre plus limité de cibles, selon leur importance pour la population et sa capacité d'agir pour réaliser les améliorations souhaitées.

8. BALISER AVEC LES MEILLEURES PRATIQUES

Dans un contexte équivalent et avec des ressources comparables, la Régie régionale veut, en matière de services, atteindre les standards de qualité et d'efficience les meilleurs au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde.

Cela exige un travail constant, de la patience et de la créativité. Il faut évaluer objectivement sa performance, la comparer aux meilleures dans chaque domaine, faire le bon diagnostic des éléments à améliorer et, parfois, changer substantiellement les façons de faire. Le développement de systèmes d'information de plus en plus sophistiqués donne maintenant la possibilité d'utiliser plus efficacement un nombre important d'études et d'outils statistiques.

L'utilisation de cette approche de façon systématique dans l'ensemble des continuums de services à la population ainsi que dans l'analyse de la performance des services administratifs et de soutien constituent la solution privilégiée par la Régie régionale pour arriver à identifier les pistes d'amélioration.

9. L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

C'est en 1994 que la Régie régionale a initié une démarche qui visait à orienter le réseau régional vers l'adoption d'un processus intégré d'amélioration continue de la qualité des services. Ce processus l'a amené, entre autres, à se donner une compréhension commune du concept de service qui implique à la fois les attentes de la population et la façon de rendre les services aux plans relationnel, professionnel et organisationnel. Afin d'expérimenter des programmes intégrés d'amélioration continue de la satisfaction des usagers, vingt sites pilotes ont été créés dans toutes les catégories d'établissement.

Le plan 1998-2002 veut continuer à soutenir une approche intégrée et généralisée d'amélioration continue pour tous. Plus précisément, la Régie régionale désire améliorer, de façon continue dans tous les continuums de services, la qualité aux plans de la satisfaction de la population, de l'efficience et de l'impact sur la santé et le bien-être. Cette approche implique aussi l'adoption d'une stratégie intégrée de développement des compétences et de mobilisation du personnel. Des projets pilotes actuellement en cours, la Régie régionale veut passer à une généralisation des programmes d'amélioration continue.

10. LA RECONNAISSANCE DU COMMUNAUTAIRE ET DU PARTENARIAT INTERSECTORIEL

Tout en admettant l'importance des conditions de vie comme facteur déterminant, la Régie régionale croit fermement que les citoyens sont aussi, tant individuellement que collectivement, les premiers responsables de leur santé et de leur bien-être. L'action des organismes communautaires s'exprime par

l'engagement volontaire et bénévole d'une collectivité en vue de trouver des moyens de répondre à des besoins nouveaux ou non satisfaits, ou de proposer des approches différentes.

Cette vision se concrétise dans la poursuite de la consolidation financière des groupes communautaires à titre de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et se traduit dans le respect de certains principes :

- La reconnaissance de l'autonomie, de l'expertise et de la compétence des organismes communautaires;
- L'adhésion à une approche globale (dans le sens du non morcellement des problématiques vécues par la population);
- L'équité de financement selon les besoins de la population desservie et compte tenu des ressources financières disponibles;
- Une gestion simple, efficace et connue de tous;
- La cohérence dans les interventions auprès de ces organismes.

La Régie régionale a aussi choisi d'accentuer la concertation intersectorielle tant aux plans régional que local. Cette concertation, tournée vers l'action, implique évidemment ses partenaires du milieu communautaire, mais aussi ceux des secteurs de l'éducation, des municipalités, de la justice, de la sécurité publique, des communautés culturelles et de l'immigration, du développement social et économique, dans la réalisation d'objectifs communs et librement partagés.

11. LE RESPECT DES CARACTÉRISTIQUES LINGUISTIQUES ET ETHNOCULTURELLES DE LA POPULATION

Compte tenu des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population montréalaise, la culture des personnes desservies constitue certes un élément important. Dans le respect de cette diversité ethnoculturelle et linguistique, la Régie régionale recherche constamment le juste équilibre entre les attentes de la population et le respect des divers droits, lois et politiques.

DES PRIORITÉS RÉGIONALES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

En 1995, la Régie régionale a établi onze priorités de santé et de bien-être qui ont été intégrées au plan d'amélioration 1998-2002 dans les continuums de services visés. Quatre de celles-ci sont des priorités de santé et de bien-être qui font l'objet d'une attention particulière de la part de la Direction de la santé publique. On les retrouve dans chaque continuum de services. La Régie régionale a toutefois choisi d'apporter une attention particulière et un suivi plus régulier aux quatre premières. Ces quatre priorités sont les suivantes :

Santé et mieux-être des tout-petits

Améliorer la santé et le mieux-être des tout-petits en milieu défavorisé, y compris au moment de la grossesse.

Développement optimal des jeunes

Améliorer le développement des jeunes en soutenant l'acquisition de comportements favorables à la santé et la prévention des difficultés d'adaptation et de la marginalité.

Violence faite aux femmes

Prévenir la violence faite aux femmes et en réduire les conséquences défavorables pour la santé et le bien-être des femmes.

Cancer du sein

Diminuer la mortalité et la morbidité du cancer du sein.

Tableau 15 **Quatre priorités**

- Santé et mieux-être des tout-petits
- Développement optimal des jeunes
- Violence faite aux femmes
- Cancer du sein

SIX CONTINUUMS DE SERVICES

Le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 s'articule autour de douze mesures centrales regroupées au sein de six continuums de services qui sont les suivants :

1. Les services en santé physique
2. Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie
3. Les services aux personnes ayant une déficience physique
4. Les services en santé mentale
5. Les services en déficience intellectuelle
6. Les services en adaptation sociale :
   - Les services aux enfants, aux jeunes, aux jeunes adultes et à leurs parents
   - Les services reliés à la violence faite aux enfants
   - Les services en alcoolisme et en toxicomanie
   - Les services aux personnes itinérantes
   - Les services relatifs au sida.

Chacun des continuums inclut des services accessibles, continus et intégrés. Un continuum suppose des modalités d'articulation entre les divers dispensateurs et les différents niveaux d'intervention. Ces modalités contribuent à optimiser la continuité des services dans une perspective de fonctionnement en réseau et minimisent le cloisonnement entre les différents niveaux d'intervention.

Tableau 16 **Un continuum de services**

Information

•

Promotion-prévention

•

Support

•

Services de base

•

Intervention de crise ou d'urgence, soins aigus

•

Traitement spécialisé ou surspécialisé

•

Réadaptation/réintégration sociale

DOUZE MESURES CENTRALES

1. POUR LES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE : 4 mesures centrales

Améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne : un réseau intégré de services de première ligne

Afin d'atteindre ses objectifs de qualité et d'efficience dans l'amélioration de la prestation des services médicaux de première ligne, la Régie régionale veut initier l'organisation d'un réseau global et intégré de services médicaux généraux sur son territoire.

Ce réseau doit impliquer tous les médecins omnipraticiens du territoire de la Régie régionale qui offrent des services médicaux de première ligne (en santé mentale et en santé physique), quel que soit leur milieu d'exercice : centres d'hébergement et de soins de longue durée, centres de réadaptation, CLSC, cliniques médicales, polycliniques et cabinets privés. Ce réseau de soins généraux devra être étroitement lié aux autres réseaux de soins spécialisés de deuxième et de troisième ligne.

La création du Département régional de médecine générale constitue le moyen privilégié pour mettre sur pied et actualiser le réseau intégré de services médicaux de première ligne.

Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence

Parce qu'ils dépendent de plusieurs facteurs, les problèmes reliés à l'engorgement des salles d'urgence sont nombreux et complexes. La Régie régionale est d'avis que les solutions à ces problèmes se retrouvent dans l'ensemble du réseau de services, tant avant l'arrivée de la personne à l'urgence que pendant son séjour et après son départ. Elles doivent s'intégrer dans un continuum de services qui répond aux besoins de la personne, au bon moment et au bon endroit.

Pour éviter tout séjour de plus de 24 heures dans une salle d'urgence, la Régie régionale compte sur différents moyens : la création de cinq centres ambulatoires sur le territoire montréalais (Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM), Hôpital général du Lakeshore, Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital du Sacré-Cœur); l'utilisation d'alternatives à l'urgence, une amélioration du fonctionnement de la salle d'urgence, une croissance de la performance de l'hôpital et une meilleure liaison entre l'hôpital et les autres ressources.

Tableau 17 Des conditions de succès

La réalisation du plan d'amélioration des services 1998-2002 nécessite le développement, au plan national, d'un certain nombre de conditions permettant l'atteinte des objectifs visés. En ce qui a trait à la pratique médicale, on peut retenir trois conditions :

- La conclusion d'une entente avec la Fédération des omnipraticiens du Québec qui permettra la mise sur pied d'un réseau intégré de médecine générale
- La levée du décret réduisant de 30% la rémunération des nouveaux omnipraticiens qui désirent s'installer sur l'île de Montréal
- Des modalités de rémunération des spécialistes qui permettent l'atteinte des objectifs d'amélioration de l'accès aux services dans les secteurs de la chirurgie cardiaque, de la neurochirurgie, de l'orthopédie, de l'ophtalmologie, de la radio-oncologie

Améliorer l'accès aux soins ultraspécialisés

Toutes les actions envisagées visent à diminuer les listes et les délais d'attente dans les secteurs névralgiques que sont la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la radio-oncologie.

Améliorer l'accès aux services de prélèvements et aux analyses de laboratoire

Tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du territoire ainsi que douze CLSC offrent des services de prélèvements sans rendez-vous.

La Régie régionale souhaite améliorer encore davantage l'accessibilité à ces services, notamment en offrant des plages horaires sans rendez-vous dans tous les CLSC et en reliant ces derniers à un laboratoire afin qu'ils obtiennent rapidement les résultats. Tous les CLSC devraient être en mesure d'offrir quatre heures d'ouverture, de 7h30 à 11h30, pour des prélèvements sans rendez-vous.

2. POUR LES SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES : 1 grande mesure centrale

Améliorer la réponse aux besoins de services des personnes âgées en perte d'autonomie

Tout en ne représentant qu'environ 15% de la population de la région, les personnes âgées constituaient toutefois 32% des personnes hospitalisées et nécessitaient 50% des jours présences en hospitalisation de courte durée en 1996-1997. La durée moyenne de leur séjour est généralement plus longue que celle de l'ensemble de la population (12,6 jours comparativement à 7,97 jours).

Le continuum de services offert à cette clientèle fait en sorte que les personnes qui requièrent moins de 1,5 heure-soins par jour sans besoin de surveillance devraient voir leurs besoins couverts par les services de maintien à domicile et les ressources d'habitation privées. La clientèle nécessitant moins de 1,5 heure-soins par jour et présentant des problèmes de comportement devrait être accueillie dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, de même que la clientèle requérant entre 1,5 et 2,5 heures-soins par jour avec besoin de surveillance.

La Régie régionale désire améliorer la réponse du réseau aux besoins des personnes en hébergement institutionnel (centre d'hébergement) pendant une hospitalisation, à domicile ou en ressource d'hébergement non institutionnel (pavillon, résidence d'accueil). Elle veut aussi consolider le guichet unique (CLSC) qui concentre un ensemble des services offerts aux personnes âgées, tels l'évaluation de leurs besoins, la prestation des soins appropriés et l'orientation dans le réseau.

UN GUICHET UNIQUE

Dans chaque CLSC, une personne-ressource voit à assurer à chaque personne en perte d'autonomie les bons services adaptés à sa situation : évaluation des besoins, prestation des soins appropriés, orientation dans le réseau. Le plan 1998-2002 vise à consolider l'implantation de ce guichet unique dans tous les CLSC.

3. POUR LES SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE : 2 mesures centrales

Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive

La Régie régionale veut offrir, par l'intermédiaire des CLSC, des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile. La clientèle principalement ciblée présente une problématique orthopédique, telles les personnes qui ont subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et dont la condition clinique et psychosociale permet une telle approche.

La Régie régionale entend optimiser, par différents moyens, l'articulation des interventions des centres hospitaliers de réadaptation et des unités fonctionnelles intensives en centre d'hébergement et de soins de longue durée avec les établissements agissant en amont et en aval de leurs interventions.

Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté

Les services de maintien dans la communauté impliquent les services dispensés par les CLSC, les services de répit et de dépannage offerts par des établissements tels le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et les services offerts par les organismes communautaires.

Afin d'éliminer la liste d'attente et assurer une réponse aux besoins des nouvelles familles à desservir à chaque année, la Régie régionale augmentera le budget du Programme de subventions pour le soutien aux familles des personnes présentant une déficience physique.

Afin d'éliminer la liste d'attente et d'accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans qui présentent une déficience physique, la Régie régionale rehaussera le montant investi dans le Programme de services à domicile intensifs à long terme pour les personnes handicapées physiques.

4. POUR LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE : 1 mesure centrale

Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

La Régie régionale veut favoriser l'accès aux services de base dans la communauté afin d'éviter la détérioration de la santé et du bien-être des personnes qui souffrent de troubles mentaux transitoires ou persistants, ainsi que de leur famille et de leurs proches.

5. POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : 1 mesure centrale

Desservir toutes les personnes en attente de services

La gamme de services en déficience intellectuelle repose principalement sur trois grands programmes. En mars 1998, plus de 1 500 personnes étaient en attente de services dans l'ensemble des programmes, soit près de 400 en provenance de la liste d'attente des services résidentiels, environ 440 en attente de services socioprofessionnels diversifiés et enfin, plus de 750 personnes en attente de services de soutien à la personne, à la famille et à la communauté. La prétention de la Régie régionale est d'arriver à offrir des services à toutes les personnes en attente.

6. POUR LES SERVICES D'ADAPTATION SOCIALE : 2 mesures centrales

Jeunes : Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur

La Régie régionale désire mettre en place, dans chacun des territoires de CLSC, un projet jeunesse qui contribuera à corriger les lacunes concernant l'accessibilité, la continuité et la non-intégration des services jeunesse, qu'ils soient préventifs ou curatifs.

L'amélioration de l'état de santé et de bien-être des jeunes, le développement de façon optimale de l'adaptation et de l'intégration sociale des jeunes, notamment des plus démunis, ainsi que de l'amélioration des conditions de sécurité et de protection des jeunes et du public en général figurent au rang des objectifs poursuivis par ce projet. Les différents acteurs jeunesse seront tous sollicités afin de concrétiser ce projet.

Tableau 18 **Des conditions de succès**

Suite à l'adoption des orientations ministérielles en santé mentale, certaines conditions de réalisation s'imposent :

- Un budget de transition de l'ordre de 15 M$, autorisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, permettra d'amorcer le développement de services dans la communauté et de former les ressources humaines;
- Le développement des services d'hébergement en milieu substitut, des services prioritaires de réadaptation-réinsertion sociale et de soutien aux familles et aux proches;
- Un échéancier de cinq ans suite à l'adoption des orientations ministérielles.

La réalisation du plan implique également la sensibilisation de la population aux problèmes reliés à la santé mentale et une information adéquate des différents services offerts.

Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel

Le virage préventif, la personne au centre de toutes les interventions et le choix d'une action concertée avec les autres intervenants de la société figurent au rang des voies à suivre en matière d'intervention en toxicomanie au Québec selon le consensus chez les différents spécialistes *(Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et de l'abus des psychotropes, 1990, Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue, 1990)*.

Le plan régional d'action intersectorielle vise à mettre en place un réseau intégré de services en alcoolisme et toxicomanie qui inclura l'ensemble de la gamme des services prévus pour ce continuum. On insistera, entre autres, sur le dépistage et l'intervention précoce, l'accessibilité pour la clientèle anglophone et l'application, dans tous les CLSC, du programme régional en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies.

7. POUR L'ENSEMBLE DES CONTINUUMS DE SERVICES : 1 mesure commune

Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services

L'une des caractéristiques du plan 1998-2002 est l'introduction, le plus tôt possible, de mesures efficaces de prévention en amont des services de crise et des services spécialisés.

UN FINANCEMENT ADÉQUAT

La Régie régionale a réévalué (à mi-parcours du plan 1998-2002) les développements récurrents requis pour améliorer les services de santé et les services sociaux à Montréal. Ils se chiffrent maintenant à 155,8 M$ comparativement à 147,3 M$ estimés au début du plan d'amélioration des services. L'écart à la hausse de 8,5 M$ résulte d'une meilleure connaissance des besoins financiers pour certaines mesures qui n'avaient pas été évaluées initialement.

Sommaire financier lié aux continuums de services

En 1998-1999, première année de la mise en œuvre du plan (qui est en fait entré en vigueur au milieu de l'année financière), la Régie régionale n'escomptait recevoir aucun budget supplémentaire pour cette période. Toutefois, un budget de l'ordre de 25,4 M$ a été octroyé aux mesures liées aux continuums de services.

Pour l'année 1999-2000, la Régie régionale a reçu 21,7 M$ en développements récurrents et pour l'année 2000-2001, une somme de 26,3 M$ a déjà été reçue. Au total, la Régie régionale a reçu 47,1 M$ sur les 155,7 M$ nécessaires à la réussite du plan initial.

Des conditions de succès

Certaines conditions sont nécessaires à la réalisation du plan d'amélioration. Parmi celles-ci, la Régie régionale a identifié les suivantes :

- Le financement des coûts de système à compter de 1998-1999;
- Une contribution adéquate de l'enveloppe nationale pour la réalisation des priorités d'amélioration des services ultraspécialisés;
- Des budgets d'immobilisations adéquats afin de réaliser les économies escomptées dans la réorganisation des services administratifs et de soutien. Ces besoins sont estimés à 20 M$ par année pendant trois ans;
- Une stratégie de financement cohérente avec les objectifs visés dans le domaine des ressources informationnelles;
- Un financement de démarrage provenant du Ministère ou de partenaires intersectoriels pour permettre la réorganisation de services dans les continuums autres que santé physique.

- Un niveau de financement adéquat pour l'adaptation et le développement de la main-d'œuvre et une prise en charge des intérêts sur la dette régionale par le niveau central;
- La constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche afin de permettre un financement adéquat des services, des immobilisations, de l'acquisition ou du remplacement des équipements nécessaires pour supporter la mission des centres hospitaliers universitaires.

Une gestion rigoureuse sera nécessaire au cours des prochaines années si l'on veut éviter que toute marge de manœuvre qui deviendra disponible ne soit engloutie dans un gouffre financier. Dans cette optique, la Régie régionale devra adopter un plan d'action très précis et systématique pour retrouver son équilibre financier le plus rapidement possible.

Tableau 19 **Développements requis et obtenus pour le plan 1998-2002**

	Développements récurrents requis pour plan 1998-2002	Développements récurrents obtenus 1998-1999	Développements récurrents obtenus 1999-2000	Total développements récurrents obtenus 1998-2000
SANTÉ PHYSIQUE				
3.1.12 Fonds développement accès spécialisés et ultraspécialisés				
Programmes prioritaires				
A) Cardiologie tertiaire				
. Cathéters	6 500 000 $			0 $
. Tuteurs	2 880 000 $	1 259 389 $	-418 289 $	841 100 $
. Défibrillateurs	1 262 000 $	638 000 $	220 000 $	858 000 $
. Chirurgie cardiaque adulte	3 910 000 $	1 983 561 $	1 407 039 $	3 390 600 $
. Chirurgie cardiaque pédiatrique	1 300 000 $	240 000 $	-240 000 $	0 $
B) Transplantation	2 223 000 $			0 $
C) Dialyse rénale	2 922 000 $		2 700 000 $	2 700 000 $
D) Accessibilité générale à la chirurgie	3 500 000 $		3 000 000 $	3 000 000 $
E) Neurochirurgie	1 977 000 $	707 490 $	67 554 $	775 044 $
F) Ophtalmologie	1 000 000 $	859 845 $	71 155 $	931 000 $
G) Orthopédie	1 800 000 $	2 555 465 $	-860 710 $	1 694 755 $
H) Instrumentation endoscopique		1 000 000 $	-1 000 000 $	0 $
I) Autres besoins	7 092 000 $		422 324 $	422 324 $
. Autres				0 $
. Centre ambulatoire Lakeshore				0 $
. Radiologie diagnostique et autres				0 $
J) Radio-oncologie	6 000 000 $		3 500 000 $	3 500 000 $
K) Résonnance magnétique	1 200 000 $		600 000 $	600 000 $
L) Consolidation du programme de traumatologie	2 000 000 $		1 100 000 $	1 100 000 $
3.1.14 Amélioration des soins postopératoires et posthospitaliers : services en CLSC	5 300 000 $	1 767 816 $	1 922 744 $	3 690 560 $
IVG		371 560 $		371 560 $
Sous-total	**50 866 000 $**	**11 383 126 $**	**12 491 817 $**	**23 874 943 $**
PERSONNES ÂGÉES				0 $
3.2.1 Rehaussement de 2 326 lits en CHSLD à 2,5 h-s/j.	18 400 000 $			0 $
3.2.3 Augmentation du taux de réponse	28 600 000 $			0 $
3.2.7 Augmentation des services à domicile en CLSC	22 500 000 $	8 561 530 $	5 117 511 $	13 679 041 $
Info-Santé	1 000 000 $	1 120 725 $		1 120 725 $

3.2.9	Mise en place d'un centre de jour				0 $
3.2.10	Augmentation des services d'hébergement temporaire				0 $
3.2.13	Ajout de 400 places d'hébergement non institutionnel				0 $
Sous-total		**70 500 000 $**	**9 682 255 $**	**5 117 511 $**	**14 799 766 $**
PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE					**0 $**
3.3.2	Services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile (Développement CLSC)	1 700 000 $			0 $
3.3.4	Augmentation 5,6 M$ sur 3 ans aux budgets POSILTH des 29 CLSC	5 600 000 $	2 260 472 $	397 953 $	2 658 425 $
3.3.5	Augmentation 1 M$ aux CLSC pour le programme de soutien aux familles	1 000 000 $	1 000 000 $		1 000 000 $
3.3.7	Consolider la réadaptation axée sur l'intégration sociale	9 139 450 $			0 $
Sous-total		**17 439 450 $**	**3 260 472 $**	**397 953 $**	**3 658 425 $**
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE					
3.5.1	Injecter 12 M$				0 $
A)	Résidentiel	5 800 000 $			0 $
B)	Socioprofessionnel	3 000 000 $			0 $
C)	Service d'adaptation et de soutien à la personnne, à la famille et aux proches (CR)				0 $
D)	Soutien à la famille (CLSC)	2 300 000 $	332 063 $	156 378 $	488 441 $
E)	Troubles envahissants du développement (autisme)	900 000 $			0 $
Sous-total		**12 000 000 $**	**332 063 $**	**156 378 $**	**488 441 $**
ADAPTATION SOCIALE					
3.6.3.1	Se donner un plan régional d'action intersectoriel en alcoolisme et toxicomanie île de Montréal	3 673 500 $		1 050 000 $	1 050 000 $
A)	Méthadone	1 300 000 $		1 200 000 $	1 200 000 $
3.6.1.1	Projet jeunesse Montréalais		133 333 $		133 333 $
3.6.4.1	Défi de l'accès pour les jeunes de la rue			930 000 $	930 000 $
Sous-total		**4 973 500 $**	**133 333 $**	**3 180 000 $**	**3 313 333 $**
CLSC					
Autres			600 000 $	399 715 $	999 715 $
Sous-total		**0 $**	**600 000 $**	**399 715 $**	**999 715 $**
GRAND TOTAL		**155 778 950 $**	**25 391 249 $**	**21 743 374 $**	**47 134 623 $**

Note 1 : Le montant de 2 445 00 $ inscrit dans la colonne «Développements récurrents obtenus 2000-2002» peut être réparti dans l'une ou l'autre des catégories A, B ou C.

Note 2 : Les montants négatifs indiquent des sommes non récurrentes.

Tableau 20 **Des conditions de succès**

- Financement des coûts de système
- Contribution adéquate de l'enveloppe pour les services ultraspécialisés
- Budgets d'immobilisation adéquats
- Stratégie de financement pour les ressources informationnelles
- Financement de démarrage pour certains continuums de services
- Financement adéquat pour l'adaptation et le développement de la main-d'œuvre
- Constitution d'une enveloppe nationale pour l'enseignement et la recherche

UNE VINGTAINE D'INDICATEURS STRATÉGIQUES

La Régie régionale a initialement défini 26 indicateurs stratégiques qui lui permettront de suivre l'évolution du plan à travers un tableau de bord. Deux indicateurs ont été définitivement abandonnés parce qu'aucun système d'information ne supporte la collecte de données pertinentes pour ces indicateurs et que les relevés ad hoc réalisés auprès des établissements par les Services multiclientèles de courte durée de la Direction de la programmation et coordination offrent des données partielles ou limitées qui ne permettent pas l'analyse escomptée. Il s'agit du « Délai d'accès pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive » et des « Visites ambulatoires entre 8 et 22 heures dans les urgences ».

Le suivi des indicateurs vise une reddition de compte intégrée, basée sur les résultats. Celui-ci permettra de vérifier le degré de réalisation des choix stratégiques du plan et de prendre les bonnes décisions au bon moment. Ce tableau de bord inclut des composantes d'efficience et d'efficacité du réseau, d'impact sur la santé et le bien-être de la population et de satisfaction des clientèles. Voici les éléments à retenir pour l'année 1999-2000 :

Pour l'accessibilité :

- les difficultés d'accès pour des chirurgies et cela malgré les investissements qui ont amélioré la production de services;
- des délais importants d'accès aux services en déficience intellectuelle;
- l'amélioration de la durée moyenne de séjour tant en soins physiques qu'en soins psychiatriques;
- la difficile situation des urgences depuis 1995-1996, en particulier au chapitre des séjours sur civières de plus de 24 heures de même que la problématique des soins psychiatriques à l'urgence des CHSGS pour les séjours sur civières de plus de 48 heures.

Pour les soins et services dans la communauté :

- l'augmentation, de 1997-98 à 1998-99, des diverses clientèles desservies à domicile par les CLSC,
- l'atteinte de 85 % de clientèles des services psychiatriques des CH en ambulatoire par rapport à l'objectif de 90 %. La situation est demeurée stable de 1997-98 à 1998-99.

Pour l'impact sur la santé :

- de l'ensemble des transformations organisationnelles observées au cours des dernières années, on dénote peu d'effets notables sur la santé et le bien-être par rapport aux indicateurs suivis : réadmission en CHSGS dans un délai de 30 jours suivant le congé hospitalier, le taux de létalité 90 jours après une admission et le taux d'admission évitable pour diverses conditions médicales;
- de façon spécifique, on peut noter une amélioration significative du taux de létalité des patients qui ont été hospitalisés pour un infarctus du myocarde. Une diminution de certaines hospitalisations, entre autres pour les maladies évitables par immunisation et l'ulcère perforé ou avec hémorragie depuis 1995-1996, l'asthme, la pneumonie et la pyélonéphrite depuis 1996-1997, la phlébite sans embolie pulmonaire depuis 1997-1998;
- d'autre part, bien que non statistiquement significatif, certains changements cliniques attirent l'attention : les taux de réadmission sont légèrement plus élevés pour l'infarctus du myocarde et les cancers du côlon et du rectum. Les patients ayant souffert d'une fracture de la hanche présentent un taux de létalité légèrement plus élevé lors des deux dernières années d'observation. Les taux d'admission évitable pour l'appendice rompu augmentent constamment.

Le point de vue des usagers :

- le point de vue des usagers permet de constater que, principalement, des améliorations sont à apporter au chapitre de la compétence du personnel, de la continuité tout comme de la rapidité d'accès aux services.

La modernisation des services et l'équilibre de la situation financière :

- Bien qu'on ait assisté depuis 1995-1996 à une diminution nette des heures travaillées et des coûts directs nets dans toutes les catégories de dépenses, ces diminutions, telles que visées, ont été moins marquées dans les services directs, qui ont proportionnellement progressé, par rapport aux autres dépenses.
- D'autre part, notons la situation préoccupante à l'égard des déficits qui font, depuis, l'objet d'un suivi rigoureux de la part du Ministère et de la Régie régionale depuis l'injection, au cours de l'année 2000, de nouveaux crédits.

Les 12 mesures centrales : résultats après deux ans

Continuum de services en santé physique

Interventions de promotion et de prévention 32
La lutte au cancer du sein 32
Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne 33
Régler de façon permanente l'engorgement des salles d'urgence 35
Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés 38
Améliorer l'accès aux services de prélèvements et aux analyses de laboratoire 41

Continuum de services aux personnes âgées

Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie 42

Continuum de services aux personnes ayant une déficience physique

Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive 46
Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté 48

Continuum de services en santé mentale

Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté 50

Continuum de services en déficience intellectuelle

Desservir l'ensemble des personnes en attente de services 53

Continuum de services d'adaptation sociale

Interventions de promotion et de prévention 55
Des solutions d'avenir face à la violence faite aux femmes 57
Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur 59
Alcoolisme / toxicomanie : Se donner un plan régional d'action intersectoriel 61
Intégration et continuité des services en périnatalité 64
Les personnes itinérantes 64
Les services en SIDA 65

Pour l'ensemble des continuums : 1 mesure commune

Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services 66

CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE

Interventions de promotion et de prévention

En santé physique, les programmes de prévention et de promotion de la santé contribuent de plus en plus à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes. Le programme régional pour personnes souffrant d'insuffisance pulmonaire chronique, les centres d'enseignement sur l'asthme et les campagnes de vaccination en sont des exemples.

La lutte au cancer du sein

La lutte contre le cancer du sein constitue l'une des quatre priorités régionales de santé et de bien-être auxquelles la Régie régionale a choisi d'accorder une attention particulière. C'est dans ce contexte que l'implantation du programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) s'est poursuivie en 1999-2000. En mars 2000, la région Montréal-Centre comptait 16 centres de dépistage désignés (CDD) et 4 centres de référence pour investigation et diagnostic (CRID). Le centre de coordination régionale, qui relève de la Direction de la santé publique, a émis quelque 111 000 lettres d'invitation, 77 750 lettres de relance et 35 354 lettres relatives au résultat de la mammographie. Cette correspondance a généré 9 606 appels au service d'information sur le PQDCS.

La collaboration des partenaires communautaires et du réseau de la santé, particulièrement celle des CLSC, s'est avérée essentielle en matière d'information, de soutien et de formation dans le dossier cancer du sein. Ainsi, plusieurs formats d'activités d'information sur la prévention et le dépistage du cancer du sein ont permis de rejoindre les femmes là où elles sont. Les femmes les plus difficiles à atteindre ont été rejointes par le biais d'une table communautaire intersectorielle. La Régie régionale a produit, adapté et traduit en plusieurs langues de nombreux outils de sensibilisation. Le formulaire de consentement à participer au PQDCS a été traduit en 14 langues. La mise sur pied d'un projet de soutien et d'accompagnement des femmes en attente de diagnostic a vu le jour suite à de nouveaux besoins engendrés par le PQDCS.

De nombreuses activités de formation ont permis de consolider l'expertise des intervenants du réseau de la santé et du secteur communautaire en matière de prévention et de dépistage du cancer du sein. Ces activités les ont sensibilisés à des approches, notamment l'approche interculturelle, qui répondent plus adéquatement aux besoins des femmes de Montréal-Centre.

Le PQDSC a pour objectif de diminuer de 25% la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans en atteignant au moins 70% des femmes ciblées. La prochaine année verra donc s'intensifier les efforts visant à sensibiliser, de concert avec tous les partenaires impliqués, les femmes et les intervenants, en particulier les médecins.

MESURE 1

Améliorer l'accès aux soins et services médicaux de première ligne en santé physique et en santé mentale.

Objectif spécifique

Créer un réseau intégré de services médicaux de première ligne qui devra assurer à toute la population du territoire, l'organisation et la prestation continue d'une gamme complète de soins et services de santé de courte et longue durée : services de prévention, de diagnostic, de traitement, de réadaptation, de réinsertion sociale, de soins palliatifs et de santé mentale.

Actions réalisées en 1999-2000

- **Le Département régional de médecine générale (DRMG)**

  Le Département régional de médecine générale est la structure privilégiée pour réaliser cet objectif. La décision de la Régie régionale d'attendre la signature d'une entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) explique le retard du processus d'implantation. Cependant, au cours de la première réunion de l'assemblée générale du Département régional de médecine générale tenue le 2 décembre 1999, le directeur général de la Régie régionale a présenté les membres et le mandat du comité provisoire d'implantation du DRMG. L'assemblée a aussi adopté le Règlement sur la composition du comité de direction, les modalités d'élection ou de nomination et la durée du mandat des membres. Le Règlement fut approuvé par le conseil d'administration de la Régie régionale, le 16 décembre 1999.

L'entente entre le MSSS et la FMOQ fut signée en juin 2000, ce qui déclencha le processus d'élection des trois membres élus du comité de direction du DRMG et la mise à jour de l'inventaire des points de services de première ligne, fait en 1996.

C'est donc à l'automne 2000 que démarrera véritablement le DRMG avec, comme objectif, de bien le structurer sur le plan organisationnel.

■ Le Service Info-Santé CLSC

Une investigation poussée n'a pas permis d'identifier les raisons qui motivent la légère baisse du volume d'appels, ceux-ci passant de 552 219 à 532 478 entre 1998-1999 et 1999-2000, une diminution de 3,7%. Le sondage sur les délais d'accès qui devait être effectué en cours d'année a été remis à l'année 2000-2001. Ce sondage pourrait procurer des éléments d'analyse additionnels pour expliquer les raisons qui motivent cette diminution des appels faits à Info-Santé CLSC.

■ Les services de première ligne en santé mentale

Après avoir constaté la difficulté de regrouper les différents partenaires en santé mentale à partir des tables sous-régionales, la Régie régionale a créé un comité aviseur dont le mandat est d'étudier les besoins de l'omnipraticien qui offre des services de première ligne en santé mentale et tenter de développer des outils de support. La Régie régionale vise ainsi à assurer une meilleure prise en charge de la première ligne en santé mentale. Le comité, formé en septembre 1999, regroupe des psychiatres, des médecins pratiquant en CLSC et des omnipraticiens de cabinets privés et a travaillé, au cours de l'année 1999-2000, sur une proposition qui portera sur les modalités des soins partagés, le soutien entre la première ligne et la deuxième ligne (ammage soutien-suivi) et sur la prise en charge (intervenant de première ligne). La proposition du comité sera déposée au cours de l'année 2000-2001.

■ La garde médicale en disponibilité

En 1999-2000, 85% des Centres d'hébergement et de soins de longue durée sont couverts par la garde en disponibilité rémunérée. Quatre CLSC qui offrent des services de maintien à domicile en soins palliatifs, dont un en perte sévère d'autonomie, deux centres de réadaptation et centres hospitaliers de réadaptation offrent une telle garde. Enfin, un CLSC attend toujours la mise sur pied d'une telle organisation sur son territoire.

■ Les services posthospitaliers et postopératoires à domicile

En 1998-1999, 19 311 personnes ont reçu des services à domicile du personnel de leur CLSC.

Tableau 21 **Info-Santé CLSC - Volume d'appels**

Année	Nombre d'appels
1995-1996	440 304
1996-1997	504 362
1997-1998	551 443
1998-1999	552 219
1999-2000	532 478

Tableau 22 **Info-Santé CLSC - Délais d'accès**

Année	Délai
1994-1995	9,0
1995-1996	3,9
Mai 1996	2,6
Mai 1997	3,5
Octobre 1998	5,4
1999-2000	non disponible

Les quatre clientèles visées par ce programme sont : les personnes opérées (8 435 personnes), hospitalisées (8 354 personnes), celles qui nécessitent des soins palliatifs en phase pré-terminale et terminale (2 522 personnes) et des soins en périnatalité.

En 1999-2000, la Régie régionale a octroyé aux CLSC un budget de développement de 1,9 M$ pour dispenser ces services. Les données sur les clientèles desservies durant cette année ne sont pas disponibles présentement.

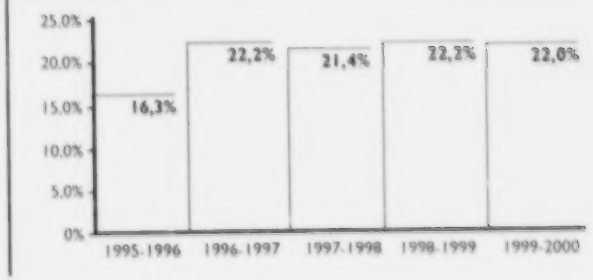
De plus, afin de faciliter l'articulation entre les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les CLSC, la Régie régionale a adopté un formulaire de référence unique (FRIE) et mis en place des projets pilotes d'information qui se poursuivent et qui seront évalués à l'automne.

En périnatalité, la Régie régionale a accordé une attention particulière aux services postnataux et élaboré un cadre de référence en matière de services de périnatalité, de façon à uniformiser les pratiques et les modes de référence entre les centres hsopitaliers et les CLSC et à préciser le rôle de chacun.

MESURE 2

Régler, de façon permanente, l'engorgement des salles d'urgence

Graphique 1 **Santé physique - Séjours de plus de 24 heures**



Objectif spécifique

L'objectif de la Régie régionale consiste à éliminer tout séjour de plus de 24 heures. Dans cette optique, il lui faut s'assurer que toutes les urgences de l'île de Montréal atteignent les normes et standards établis par le Groupe tactique d'intervention et fonctionnent sans engorgement.

Portrait de la situation

■ **Les séjours de plus de 24 heures**

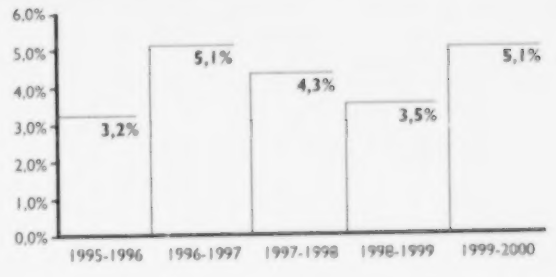
Un patient sur cinq (22%), en moyenne, a séjourné plus de 24 heures à l'urgence d'un hôpital durant l'année 1999-2000. Depuis trois ans, la situation n'a pas beaucoup évolué puisqu'elle est la

même que celle qui existait en 1996-1997, après avoir connu une très légère diminution en 1997-1998.

■ Les séjours de plus de 48 heures

Entre 1997-1998 et 1998-1999, la gestion des séjours de plus de 48 heures à l'urgence s'est améliorée de façon progressive. En effet, ceux-ci sont passés de 4,3% à 3,5 %. En 1999-2000, la situation s'est cependant détériorée puisque 5,1% des patients ont séjourné sur une civière durant plus de 48 heures. Trois établissements sont demeurés sous 1%, trois autres sous 3% et quatre entre 3 et 5%. Ainsi, 62% des salles d'urgence du territoire ont eu 5% et moins de patients alités durant plus de 48 heures sur une civière. Trois établissements se situent entre 5 et 7%. Enfin, trois salles d'urgence ont eu un pourcentage de plus de 10%: l'Hôpital Saint-Luc du CHUM (10,8%), l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (11,2%) et l'Hôpital Notre-Dame du CHUM (17,6%).

Graphique 2 Santé physique - Séjours de plus de 48 heures



■ Actions réalisées en 1999-2000

Le plan d'amélioration prévoit plusieurs mesures en ce qui a trait aux alternatives à l'urgence, le bon fonctionnement de la salle d'urgence, la performance de l'hôpital et le suivi après un séjour à l'urgence. La Régie régionale présente ici certaines mesures qui ont fait l'objet d'une attention plus particulière pendant l'année écoulée.

■ Gestion de la période hivernale

Pour faire face à la situation d'engorgement des urgences à l'hiver 1999-2000, la Régie régionale a reçu 7,7 M$ permettant ainsi la mise en place des mesures suivantes :

- En courte durée : l'ouverture de 132 lits en centres hospitaliers (4,5 M$) : 65 lits subaigus en centres hospitaliers de réadaptation et 67 lits de courte durée;
- En longue durée : l'achat de 61 places d'hébergement transitoire en centres d'hébergement privés non conventionnés et 15 lits d'hébergement temporaire en centres d'hébergement (1,3 M$);
- En santé mentale : la disponibilité de 10 places d'hébergement dans des centres de crise afin d'accueillir plus rapidement les patients qui souffrent de tels problèmes provenant des urgences (90 000 $);
- En CLSC : un montant de 475 000 $ a été investi afin d'accélérer la sortie de patients à partir de l'urgence dans un délai de 6 heures et de l'unité des soins à l'intérieur de 24 heures. Grâce à ce service amélioré, une infirmière coordonne, à partir de l'urgence du centre hospitalier, les demandes pour l'ensemble des CLSC du territoire.

Tableau 23 Mesures de désengorgement des urgences

Catégorie	Nombre de lits/places	$
Lits en CH	**132**	**4,5 M**
- Subaigus	65	
- Courte durée	67	
Lits en CHSLD	**76**	**1,3 M**
- Privés non conventionnés	61	
- Hébergement temporaire	15	
Centres de crise (santé mentale)	10	90 000
CLSC		475 000
Autres mesures		
Programme régional pour insuffisance respiratoire		500 000
Programmes ambulatoires		331 035
Équipement d'appoint		600 000
TOTAL		**7 796 035**

Des mesures telles que le rehaussement des services pour l'admission, dans un délai de 24 heures, des malades pulmonaires chroniques au programme régional afin de faciliter le congé du centre hospitalier, une augmentation de l'accessibilité à des programmes ambulatoires (en pneumologie, cardiologie et soins palliatifs) et, enfin, l'ajout d'équipements d'appoint ont été mises en place au cours de l'année 1999-2000.

■ Pertinence des admissions et des séjours hospitaliers

Au chapitre de la pertinence des admissions et des séjours hospitaliers, tous les centres hospitaliers devront, à terme, utiliser un outil d'évaluation en vue de vérifier la pertinence de la présence de patients dans les unités de soins aigus. Cet outil permettra de relever les délais indus dans le traitement du patient hospitalisé tels que des attentes pour les tests diagnostiques ou des consultations qui ont souvent pour effet d'allonger sans nécessité le séjour hospitalier. Il visera aussi, entre autres, à identifier les patients qui pourraient recevoir les soins appropriés dans un environnement autre que l'hôpital, soit à domicile, en unités de soins de réadaptation, en soins de longue durée ou dans d'autres ressources appropriées.

Au cours de l'année 1999-2000, la Régie régionale a organisé des rencontres avec les compagnies qui commercialisent ces produits ainsi que des présentations par les établissements qui utilisent déjà ces outils. Ces rencontres ont eu lieu au printemps 2000 et deux outils ont été retenus. Dans un premier temps, l'implantation se fera dans les établissements qui se porteront volontaires. C'est au cours de l'année 2000-2001 que le dossier sera finalisé.

■ Les centres ambulatoires

Trois des cinq centres ambulatoires ont franchi des étapes relativement importantes. Le centre ambulatoire du Lakeshore en est à l'étape de la construction alors que ceux de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et de l'Hôpital Sacré-Cœur en sont à l'étape du concept préliminaire.

MESURE 3

Améliorer l'accès aux soins et services ultraspécialisés

Objectif spécifique

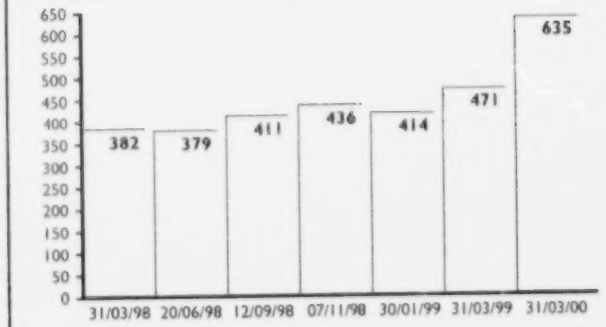
Il s'agit ici de réduire les listes d'attente et les délais d'attente dans des secteurs névralgiques comme la chirurgie cardiaque, la neurologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la radio-oncologie.

Actions réalisées en 1999-2000

■ **Chirurgie cardiaque**

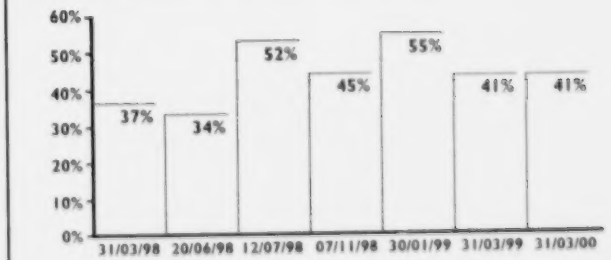
Le fait que les cas traités aient augmenté de 4,8% par rapport à l'année précédente n'a pas empêché la liste d'attente de s'allonger. Le nombre de patients en attente est passé de 471 en mars 1999 à 635 en mars 2000. Pour une deuxième année consécutive, 41% des patients attendent plus d'un mois. Cette année, la Régie régionale a investi 1,7 M$ en développement dans ce secteur (50 % de moins que l'année dernière), ce qui a quand même permis d'effectuer 214 interventions supplémentaires, pour un total de 4 672. En janvier 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux accordait un montant supplémentaire de 1,6 millions $ à l'Institut de Cardiologie, ce qui lui permit d'effectuer 120 chirurgies supplémentaires, portant le total des patients opérés à 4 792. Des travaux actuellement en cours au niveau national étudient une série de mesures propres à améliorer davantage l'accessibilité à ce type de chirurgie.

Graphique 3 **Chirugie cardiaque adulte - Nombre de patients en attente**



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

Graphique 4 **Chirugie cardiaque adulte - Attente de plus d'un mois**

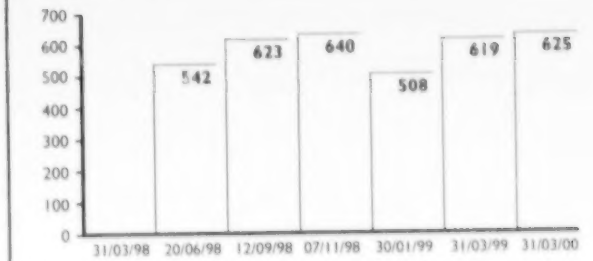


Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

■ Chirurgie orthopédique - genou

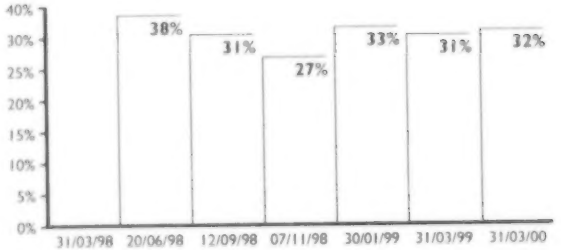
Quoique la liste d'attente semble fluctuer selon les périodes, on observe une légère augmentation du nombre de personnes en attente depuis un an. En effet, 619 patients étaient en attente au mois de mars 1999 et 625 en mars 2000, une augmentation de moins de 1%. De façon générale, une personne sur trois (32%) attend plus de six mois. Cette situation est similaire à celle de mars 1999. Un montant de 296 000 $ investi dans ce secteur a permis 17 interventions chirurgicales de plus que l'année précédente, pour un total de 994.

Graphique 5 **Orthopédie - Genou**
Nombre de patients en attente



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

Graphique 6 **Orthopédie - Genou**
Attente de plus de six mois

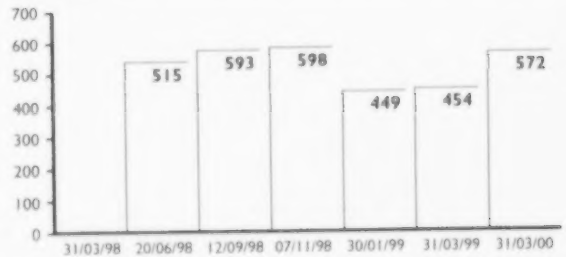


Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

■ Chirurgie orthopédique - hanche

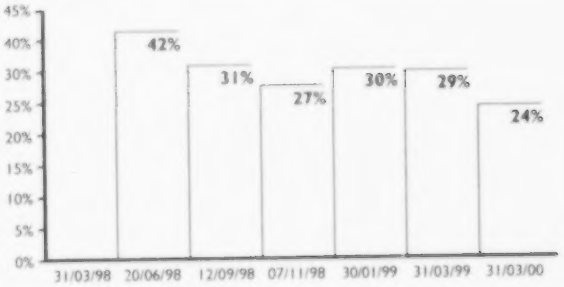
En un an, le nombre de patients en attente d'une chirurgie a augmenté d'une centaine de cas, ceux-ci passant de 454 en mars 1999 à 572 en mars 2000, une augmentation de 20,6%. Bien que l'objectif de volume pour cette chirurgie ait été dépassé avec 1 178 opérations, un patient sur quatre (24%) doit attendre plus de six mois pour sa chirurgie. On a accordé 898 755 $ en développement dans ce secteur.

Graphique 7 Orthopédie - Hanche
Nombre de patients en attente



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

Graphique 8 Orthopédie - Hanche
Attente de plus de six mois



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999, Direction de la programmation et coordination

■ **Ophtalmologie - cataracte**

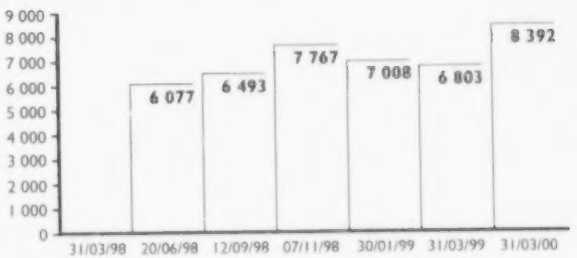
La liste d'attente est toujours assez impressionnante dans ce secteur. En mars 2000, elle comprenait 8 392 personnes. 1 589 personnes s'y sont ajoutées au cours de la dernière année. Par ailleurs, ce volume supplémentaire a eu un effet sur l'attente de plus de six mois puisque celle-ci est passée de 1 726 à 1 848 personnes (22 % des gens attendent plus de six mois). Le montant de 431 000 $ investi dans ce secteur a contribué à effectuer 1 750 chirurgies, ce qui représente une croissance de 3 259 patients ou 15% de plus que l'objectif fixé.

■ **Radio-oncologie**

En mars 2000, 1 027 personnes étaient en attente de traitement en radio-oncologie, 51,6% d'entre elles pour un cancer du sein et 12,5 % pour un cancer de la prostate.

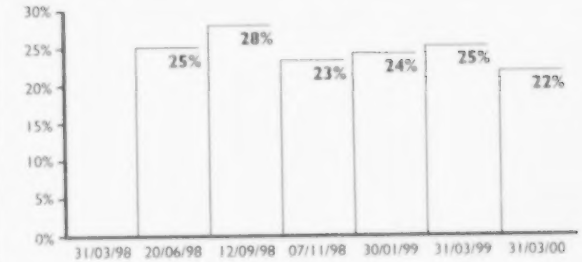
Les travaux en cours au niveau provincial devraient permettre d'améliorer l'accessibilité aux traitements. En juin, la Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux annonçait que la région de Montréal-Centre serait bientôt dotée de trois accélérateurs linéaires de haute énergie, ce qui permettra de traiter chaque année 1 200 patients additionnels. Deux des trois accélérateurs seront en fonction en septembre 2000 et le troisième, en février 2001.

Graphique 9 **Ophtalmologie - Cataracte**
Nombre de patients en attente



Source : Suivi des volumes d'activités et listes d'attente 1998-1999 - Direction de la programmation et coordination

Graphique 10 **Ophtalmologie - Cataracte**
Attente de plus de six mois



Source : Suivi des volumes d'activités et liste d'attente 1998-1999 - Direction de la programmation et coordination

MESURE 4

Améliorer l'accès aux services de prélèvement et aux analyses de laboratoire

Objectif spécifique

Généraliser les services de prélèvement sans rendez-vous dans tous les CLSC.

Actions réalisées 1999-2000

Il est actuellement possible d'obtenir des prélèvements sans rendez-vous dans 12 CLSC du nord et de l'est de Montréal, en plus de tous les centres hospitaliers. Au cours de la dernière année, les travaux ont porté sur l'évaluation des coûts et sur les impacts d'une telle décentralisation.

Objectif spécifique

Pour améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience des services de laboratoire, l'objectif visé est d'intégrer les activités de laboratoire des centres d'hébergement et des soins de longue durée, des centres hospitaliers de soins psychiatriques et des centres hospitaliers de réadaptation à un laboratoire de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

Actions réalisées 1999-2000

Au cours de l'année 1999-2000, un établissement s'est départi de ses activités de laboratoire et a annoncé une entente avec un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) pour les analyses. À l'heure actuelle, deux établissements seulement (un centre hospitalier de soins psychiatriques et un centre hospitalier de réadaptation) réalisent des activités de laboratoire, comparativement à huit antérieurement.

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES ÂGÉES

MESURE 5

Améliorer la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Objectif spécifique

Améliorer l'équité d'accès aux services en fonction des caractéristiques linguistiques et culturelles de la population

Actions réalisées en 1999-2000

- **Pour les personnes d'expression anglaise**

  Actuellement, 2 969 lits de longue durée peuvent desservir les personnes d'expression anglaise; cela représente 20,2% des lits de la région. En 2002, nous visons à augmenter ce pourcentage à

30,9%. L'adoption du plan d'accès aux services en langue anglaise (à l'automne 1999) a rendu disponible 224 lits supplémentaires (CHSLD Dollard-des-Ormeaux et Manoir Pierrefonds) pour cette population.

■ Pour les communautés ethnoculturelles

La Régie régionale a décidé d'implanter un programme de confort culturel pour la communauté juive au Manoir de l'Âge d'Or. Comportant, dans un premier temps, 40 lits qui pourront être augmentés à 80 lorsque l'autorisation et le budget de rénovation auront été obtenus du ministère de la Santé et des Services sociaux, le programme, dont l'ouverture est prévue pour le mois de novembre 2000, vise les objectifs suivants :

- Des soins et des services qui tiennent compte des valeurs et des habitudes culturelles;
- Une atmosphère où le milieu familial d'origine est recréé;
- Un environnement qui permet une facilité de communication entre résidant et employé dans la langue d'origine du résidant;
- Un lieu actif rempli d'événements qui interpellent et amènent la participation et l'engagement direct de nombreux organismes issus de la communauté.

La Régie régionale a, de plus, implanté des programmes de confort culturel pour la communauté italienne dans trois CHSLD : Saint-Michel, Notre-Dame-de-Lourdes, Champlain Marie-Victorin. Un quatrième projet est en voie de réalisation.

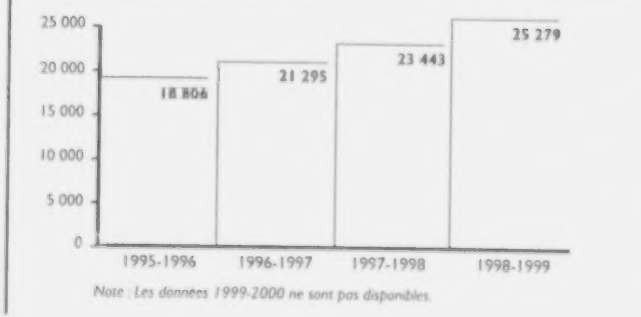
Objectif spécifique

Améliorer le taux de réponse aux besoins des personnes hébergées.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a reçu, en mars 2000, un budget d'investissement de 8 M$ pour l'année 2000-2001, dont 6,5 M$ ont été orientés vers l'alourdissement des clientèles en centres d'hébergement et des soins de longue durée. Il a été distribué entre les centres d'hébergement de manière à soutenir les établissements qui présentaient le plus d'écart entre les besoins de leur clientèle et les ressources disponibles.

Graphique 11 **Soins à domicile - Nombre de personnes âgées desservies**



Note : Les données 1999-2000 ne sont pas disponibles.

Objectif spécifique

Consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile des CLSC pour les personnes en perte d'autonomie.

Actions réalisées en 1999-2000

Pour l'année 1999-2000, la Régie régionale s'est vue accorder un budget additionnel de 7,6 M$ pour les services à domicile. De ce montant, 5,2 M$ ont été attribués pour le développement et la consolidation des services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. De 1995-1996 à 1998-1999, le nombre de personnes desservies est passé de 18 806 à 25 279, soit une augmentation de 34% en trois ans. Aucune donnée n'est encore disponible pour l'année 1999-2000.

Objectif spécifique

Assurer l'accès des personnes âgées aux services d'entretien ménager et de grands ménages subventionnés par le gouvernement, par l'entremise des entreprises d'économie sociale.

Actions réalisées en 1999-2000

L'île de Montréal est couverte en totalité par onze entreprises d'économie sociales qui offrent des services d'aide domestique sur l'île de Montréal. Le nombre de personnes desservies s'élevait à 6 577 au 31 mars 2000, comparativement à 3 798 l'année précédente, soit une augmentation de 73%. De ce nombre, 4 778 étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, représentant ainsi 73% de la clientèle. Une promotion de ce service sera réalisée à l'automne 2000 dans une brochure sur les services de santé et les services sociaux par territoire de CLSC.

Objectif spécifique

Augmenter les places en hébergement temporaire et améliorer l'efficience des services existants.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a planifié la reconfiguration des services d'hébergement temporaire en CHSLD (141 lits dans 31 établissements) et a défini un programme-cadre afin d'harmoniser les pratiques entre les centres dispensateurs. Elle a choisi les douze centres chargés de dispenser à l'avenir le programme d'hébergement temporaire. D'autre part, cette diminution du nombre de sites permet une plus grande efficience et la mise en place d'une programmation plus élaborée. La transition entre le programme actuel et le programme-cadre sera faite au cours de l'hiver 2000-2001.

Tableau 24 **Hébergement temporaire**

Sites désignés	Planifié[1]	Non Planifié[2]
Sous-région Est		
Champlain-Marie-Victorin	9	6
Centre d'accueil Dante[3]	3	
CHSLD Pointe-aux-Trembles /Montréal-Est	4	
Centre de Soins Prolongés	15	
Pierre-Joseph Triest[4]	1	
Sous-région Ouest		
Foyer Dorval	15	
Pavillon Camille-Lefebvre (de l'Hôpital de Lachine)	8	5
Sous-région Sud		
CHSLD Jacques Viger	13	
Les CHSLD Centre-Ville de Montréal		
St-Charles-Borromée[5]	7	2
Manoir l'Âge d'Or[6]	8	2
CHSLD du Plateau Mont-Royal		
Résidence Jean-de-la-Lande	18	6
Sous-région Nord		
CHSLD Notre-Dame de la Merci[7]	15	4
Manoir Cartierville[8]	2	
Sous-total	**116**	**25**
Grand total		**141 lits**

1 Hébergement temporaire planifié (répit, convalescence)
2 Hébergement temporaire non planifié (dépannage, protection sociale)
3 Clientèle italienne
4 Unité spécifique
5 Adultes de moins de 65 ans ou ayant des troubles de comportement (3 lits)
6 Clientèle juive (2 lits)
7 Adultes de moins de 65 ans ou ayant des troubles de comportement (3 lits)
8 Audi-muets (2 lits)

Objectif spécifique

S'assurer que les ressources d'habitation privées contribuent au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans un environnement sécuritaire et de qualité.

Actions réalisées en 1999-2000

En 1998-1999, la Régie régionale a adopté et diffusé un cadre de référence concernant les ressources d'habitation privées. En 1999-2000, elle a conçu, préparé et distribué un répertoire des ressources qui correspondaient aux critères définis dans le cadre de référence. Ces derniers sont les suivants :

- détenir un certificat d'occupation (permis municipal), lorsque cela est exigé par la réglementation municipale;
- détenir un enregistrement individuel ou de société, comme entité légale;
- présenter un affichage public attestant de la raison sociale de la ressource;
- détenir une assurance responsabilité civile;
- posséder un plan d'urgence, un plan d'évacuation et un plan de relocalisation en cas de sinistre.

Objectif spécifique

Supporter l'expérimentation d'un projet novateur de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA).

Actions réalisées en 1999-2000

Grâce à une subvention de 3 M$ du ministère de la Santé et des Services sociaux, la Régie régionale a pu prolonger d'un an, jusqu'au 31 mars 2001, le projet de services intégrés aux personnes âgées (SIPA) dont les premiers résultats de recherche ont montré qu'il avait permis de réduire la fréquentation des services d'urgence par sa clientèle. L'évaluation finale de la première phase est prévue en décembre 2000.

Le projet SIPA, qui a débuté à l'été 1998, est financé pour un montant de 7,6 M$ par le Fonds d'adaptation des services en santé (FASS) du gouvernement fédéral. Il s'agit d'un projet de démonstration impliquant 1 200 personnes âgées en perte d'autonomie. La moitié des personnes est suivie en vertu d'un programme de services correspondant au modèle SIPA et l'autre moitié constitue un groupe contrôle.

Le projet SIPA comporte les éléments suivants :

- Une coordination intégrée de l'ensemble des services requis par la personne (y compris en milieu hospitalier);
- L'utilisation du service le moins lourd pour répondre aux besoins en substitution à l'intervention hospitalière;
- La simulation d'un mode de financement par capitation.

Les différents groupes ont commencé à recevoir des services en vertu du programme en janvier 1999. L'expérimentation se terminera en juin 2000.

CONTINUUM DE SERVICES EN DÉFICIENCE PHYSIQUE

MESURE 6

Améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive

Objectif spécifique

Maintenir dans l'immédiat l'accessibilité à 731 lits de réadaptation fonctionnelle intensive en améliorant l'efficience des programmes des cinq unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et en optimisant l'utilisation des hôpitaux de jour.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a poursuivi, au cours de l'année 1999-2000, son analyse des profils des clientèles des centres d'hébergement (CHSLD) et des centres hospitaliers de réadaptation (CHR) afin d'évaluer les besoins et d'assurer les services requis pour la clientèle. Le bilan devrait être terminé en septembre 2000.

Cette approche requerrait d'analyser, à l'aide d'instruments appropriés, le profil des clientèles des unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) en CHSLD et des CHR afin d'évaluer les besoins et de

fixer les objectifs de résultats et d'efficience aux cinq unités en centres d'hébergement, ainsi que de procéder à un bilan exhaustif de l'utilisation des hôpitaux de jour. La Régie régionale a donc procédé à l'élaboration d'un bilan des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) offerts par les centres hopistaliers de réadaptation, les unités de réadaptation et les hôpitaux de jour, qui sera finalisé en septembre 2000. Parallèlement à l'élaboration du bilan, la Régie régionale a également préparé un plan de travail en réadaptation fonctionnelle intensive dont les objectifs ont été confirmés par les constats du bilan. Des travaux supplémentaires seront amorcés d'après les pistes de réflexion du bilan à l'automne 2000. Les travaux concernant l'analyse du profil des clientèles en unités de réadaptation et en centres hospitaliers de réadaptation tels, le projet d'implantation de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) et l'expérimentation d'un outil d'évaluation des troubles cognitifs sont prévus dans trois sites pilotes au cours de l'année 2000.

Objectif spécifique

Allouer un budget de développement de 1,7 M$ aux CLSC de la région afin d'offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive à domicile, et ce, pour une clientèle pouvant bénéficier de cette approche.

Actions réalisées en 1999-2000

Cette mesure était destinée principalement à la clientèle présentant une problématique orthopédique, telle que les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et dont la condition clinique et psychosociale permet une telle approche. À mi-parcours du plan d'amélioration 1998-2002, ces sommes n'ont pas encore été reçues du MSSS.

Objectif spécifique

Optimiser l'articulation des interventions des centres hospitaliers en réadaptation et des unités de réadaptation fonctionnelle intensive à l'intérieur des centres d'hébergement et de soins de longue durée avec les établissements en amont et en aval de leurs interventions.

Actions réalisées en 1999-2000

Parmi les objectifs du plan de travail en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), la Régie régionale désire consolider l'organisation régionale des services de RFI offerts à l'interne en CHR ou en URFI en CHSLD et faire une planification régionale de services externes de RFI. Pour rencontrer la présente mesure, il est donc important de répondre au préalable à ces deux objectifs. Par la suite, il sera possible d'optimiser l'articulation des interventions des CHR et des URFI en CHSLD avec les établissements en amont et en aval

de leurs interventions. Les travaux concernant la réorganisation des services internes de RFI et l'organisation des services externes de RFI débuteront parallèlement à l'automne 2000.

MESURE 7

Améliorer l'accès aux services de maintien dans la communauté

Objectif spécifique

Allouer 5,6 millions $ sur trois ans aux budgets du projet d'organisation de services intensifs et à long terme pour personnes handicapées (POSILTPH) des 29 CLSC afin d'éliminer la liste d'attente et accroître l'accès aux services intensifs à domicile pour les personnes de moins de 65 ans présentant une déficience physique.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a alloué un montant de 397 943 $ aux CLSC afin d'augmenter les services dans le cadre du programme POSILTPH et une somme de 156 378 $ a été réservée par les CLSC pour le soutien aux familles.

Les sommes versées ont permis de rendre les personnes handicapées âgées de 65 ans et plus admissibles aux services du programme POSILTPH. Le 31 mars 2000, 38 personnes étaient en attente d'un premier service alors que 52 autres étaient en attente d'un rehaussement des services. Il demeure, néanmoins, certaines personnes pour lesquelles un rehaussement des services est requis, et ce, pour un total de 348 heures.

Objectif spécifique

Mieux connaître certaines problématiques afin d'orienter nos actions dans l'avenir.

Actions réalisées en 1999-2000

En concertation avec les établissements concernés, la Régie régionale a développé des plans d'action à partir des constats des différents bilans réalisés en 1998-1999 et préparé des mesures d'amélioration accompagnées d'une demande budgétaire de 7,2 M$ au ministère de la Santé et des Services sociaux. Un montant de 250 000 $ a également été investi dans la réadaptation des enfants ayant reçu un implant cochléaire.

Les bilans réalisés au cours de l'année 1999-2000 sont les suivants :

- Bilan des programmes de réadaptation en déficience auditive (juin 1999)
- Bilan des programmes de réadaptation en déficience visuelle (juin 1999)
- État de situation des ressources résidentielles et d'hébergement en déficience physique (octobre 99)
- Bilan des programmes de réadaptation pour la clientèle ayant des troubles du langage (mars 2000)

La Régie régionale a réalisé un bilan des ressources résidentielles et d'hébergement pour les personnes ayant une déficience physique, a révisé les responsabilités des établissements en matière de gestion des ressources de type familiales et intermédiaires de façon à diversifier l'offre de services et a défini un plan d'action avec les établissements.

Objectif spécifique

Inventorier les différents types de services de soutien actuellement disponibles pour les familles vivant avec une personne ayant une déficience physique pour adapter la gamme de services offerts aux besoins diversifiés des familles en visant une efficience maximale.

Actions réalisées en 1999-2000

Un état de situation concernant non seulement les ressources répit/dépannage, mais également les ressources offrant un milieu de vie substitut à long terme a été réalisé et diffusé en décembre 1999. Cet état de situation a permis de documenter les problématiques d'accessibilité à ces ressources. À cet effet, une demande de développement budgétaire de 3 534 000 $ a été adressée au MSSS en juin 2000 et est maintenant considérée comme faisant partie intégrante du plan 1998-2002. L'état de situation a également démontré la pertinence de transférer la responsabilité de gestion des ressources de type familial et des ressources intermédiaires, ce qui n'avait pas été initialement prévu au plan.

CONTINUUM DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

MESURE 8

Améliorer l'accès aux services de base et aux services dans la communauté

Objectif spécifique

Améliorer l'intégration et la réinsertion dans la communauté.

Actions réalisées en 1999-2000

Poursuivant sa politique d'intégration et de réinsertion dans la communauté afin d'assurer aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères l'accès à des services de qualité en santé mentale, la Régie régionale a, au cours de l'année 1999-2000, intégré 197 personnes. Quatre-vingt-neuf d'entre elles ont été intégrées sous la responsabilité du réseau de la déficience intellectuelle.

La Régie régionale a également poursuivi ses travaux d'arrimage des planifications stratégiques des centres hospitaliers de soins psychiatriques avec le plan régional d'amélioration des services 1998-2000, planifié et programmé le développement des services résidentiels et des activités de jour pour les sous-régions nord et centre-est du territoire, développé un modèle de liaison/partage des soins médicaux entre les deux premières lignes de service et élaboré un modèle d'organisation du mécanisme de contrôle de qualité dans les résidences privées non titulaires d'un permis du ministère.

Objectif spécifique

Optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique.

Actions réalisées en 1999-2000

En février 1999, le conseil d'administration approuvait la fermeture de 350 lits de longue durée et planifiait la réallocation de 17,5 M$. L'année 1999-2000 a vu s'actualiser les développements de services et

Tableau 25 **Fermeture de lits de longue durée dans les CHSP**

	Au 31 mars 2000	Au 31 mars 2002
Hôpital Douglas	78 [1]	40
Hôpital Rivière-des-Prairies	15	55
Hôpital Louis-H. Lafontaine	92	255
TOTAL	185	350

[1] Au 31 mars 2000, l'Hôpital Douglas a fermé 38 lits de plus que la planification prévue au 31 mars 2002.

de réallocations de ressources. Afin d'optimiser l'utilisation de l'hospitalisation psychiatrique, la Régie régionale a révisé et fait valider sa méthode de pondération des besoins de la population et élaboré, en identifiant les conditions de faisabilité, des scénarios de fermeture prévus au printemps 2001 après approbation du conseil d'administration, de 118 lits psychiatriques de courte durée. Elle a aussi rédigé et diffusé les résultats d'évaluation du « Portrait de la clientèle en milieu hospitalier et résidentiel » et élaboré un modèle d'organisation des services intégrés pour la clientèle en santé mentale-toxicomanie. 3 900 personnes hospitalisées en centre hospitalier de soins psychiatriques et en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ainsi que celles hébergées en pavillon, en ressources de type familial et en ressources intermédiaires ont été évaluées. Le portrait qui en ressort permettra d'offrir des services adéquats selon les caractéristiques des personnes.

Tableau 26 **Réallocations requises et réalisées dans le plan 1998-2002**

	Réallocations réalisées 1998-1999	Réallocations réalisées 1999-2000	Réallocations requises pour le plan 1998-2002
Santé mentale			
3.4.2 Intégration et réinsertion dans la communauté			
• Services et ressources dans la communauté		534 000 $	9 000 000 $
• Places adaptées en CHSLD		545 000 $	1 200 000 $
Service de base en santé mentale			
• Accès téléphonique 24/7			1 000 000 $
• Services de base en santé mentale en CLSC			3 300 000 $
Hospitalisation psychiatrique			1 200 000 $
• Rehaussement des lits de long séjour en CHSP			1 800 000 $
• Création de lits de long séjour régionaux (CHSP)			
Sous-total		**1 079 000 $**	**17 500 000 $**
Déficience intellectuelle			
3.5.2 Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels			
• Résidentiel	2 700 000 $	4 000 000 $	8 786 260 $
• Socioprofessionnel	600 000 $	100 000 $	920 865 $
• Service d'adaptation et de soutien à la personne, à la famille et aux proches			2 092 875 $
Sous-total	**3 300 000 $**	**4 100 000 $**	**11 800 000 $**
GRAND TOTAL	**3 300 000 $**	**5 179 000 $**	**29 300 000 $**

Objectif spécifique

Mettre en place un plan régional de prévention du suicide.

Actions réalisées en 1999-2000

Soucieuse de stabiliser, sinon diminuer le nombre de mortalités par suicide pour les clientèles à risque, la Régie régionale a rédigé un rapport sur le profil statistique du suicide dans la région, ainsi qu'un Plan d'action Jeunes dont elle a entrepris l'implantation. Elle a amorcé l'élaboration des propositions du Plan d'action Adulte, actuellement en cours de validation.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a octroyé à la Régie régionale un budget de développement récurrent de 412 737 $ destiné aux services et aux programmes en prévention du suicide et aux programmes de formation.

Les interventions de la Régie régionale ont principalement porté, en ce qui a trait aux adultes, sur le soutien aux familles endeuillées, la consolidation du service téléphonique en prévention de suicide, l'aide aux personnes qui ont tenté de se suicider et la formation par une approche clinique plus approfondie des

intervenants. En ce qui a trait aux jeunes, les programmes et services ont porté sur les jeunes de la rue, les enfants de parents atteints de maladies mentales et les projets ad hoc des centres jeunesse.

Objectif spécifique

Améliorer l'accès aux services de santé mentale aux jeunes.

Actions réalisées en 1999-2000

Pour faciliter l'accès aux services de santé mentale aux jeunes, la Régie régionale a procédé, en février 2000, à un état de situation des services de pédopsychiatrie pour la région, lequel devrait mener, au cours des prochains mois, à l'élaboration d'un modèle d'organisation des services de santé mentale et de pédopsychiatrie.

Objectif spécifique

Augmenter l'information et la sensibilisation de la population.

Actions réalisées en 1999-2000

Dans ce domaine, la Régie régionale a investi un montant de 180 000 $ dans la réalisation d'une enquête sur l'impact de la transformation sur la santé et le bien-être des montréalais et les attentes de la population sur l'organisation des services. Elle a aussi travaillé sur un plan d'action et sur un projet de réalisation d'une campagne de sensibilisation qui donnera priorité à la clientèle des 16-25 ans aux prises avec des troubles anxieux.

CONTINUUM DE SERVICES AUX PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

MESURE 9

Desservir l'ensemble des personnes en attente de services

Objectif spécifique

Injecter un budget de 12 M$ pour permettre de répondre aux besoins des personnes en attente de services.

Actions réalisées en 1999-2000

Avec la participation du « Comité des 12 M$ manquants » (formé de parents, d'organismes et d'établissements du milieu) la Régie régionale a poursuivi son travail de représentation auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Malgré ses efforts pour faire valoir l'importance de cette mesure, aucun nouvel investissement n'a été fait en 1999-2000. Cependant, le MSSS lui faisait part, en fin d'année 1999-2000, de son intention d'investir 3 345 000 $ en avril 2000. De leur côté, les CLSC ont investi une somme de 156 738 $ pour le soutien à la famille, montant qui ne fait pas partie et n'est pas comptabilisé dans l'enveloppe budgétaire réclamée de 12 M$. D'autre part, le montant de 900 000 $ que la Régie régionale a décidé d'octroyer aux centres de réadaptation pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles est une somme récurrente sur une base annuelle reçue le 1er juillet 2000.

Objectif spécifique

Transformer les services résidentiels et socioprofessionnels.

Actions réalisées en 1999-2000

Évaluée en 1999-2000 à 4,1 M$, la transformation des services résidentiels et socioprofessionnels des centres de réadaptation pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles (CRPDI) a permis de faire

passer le nombre de personnes desservies de 3 987 à 4 425, une augmentation de 438. Sur deux ans, le montant total investi dans cette opération s'élève à 7,4 M$. Les établissements visés réinvestissent les sommes dégagées par la transformation dans les services directs à la clientèle, en accordant la priorité à la clientèle en attente.

En collaboration avec les centres de réadaptation, le SEMO Action main d'œuvre, le MSSS, le ministère de la Solidarité Sociale et l'Office des personnes handicapées du Québec, la Régie régionale a complété la première phase d'une évaluation de l'employabilité des personnes ayant une déficience intellectuelle inscrites dans les centres de réadaptation. Le rapport transmis en avril 2000 au Comité interministériel portait sur le profil de la clientèle et l'étude devrait être complétée au cours de l'année 2000-2001.

Enfin, 59 usagers de l'Hôpital Rivière-des-Prairies ont été transférés vers des CRPDI dans le cadre du projet de transfert des personnes déficientes intellectuelles.

Objectif spécifique

Implanter un réseau intégré de services pour personnes autistes et celles présentant des troubles envahissants du développement (TED).

Actions réalisées en 1999-2000

Au cours de l'année 1999-2000, la Régie régionale a adopté le plan d'action et le modèle de services « Autisme et troubles envahissants du développement ». La réalisation du plan d'action est amorcée pour les services « évaluation-diagnostic » et de réadaptation spécialisée d'intervention comportementale intensive. En investissant, dans ce dernier cas, un montant non récurrent de 195 000 $ et une somme récurrente régionale de 200 000 $, la Régie régionale permettra aux centres de réadaptation pour les personnes ayant des déficiences intellectuelles de développer leurs services de réadaptation spécialisée d'intervention comportementale intensive.

Objectif spécifique

Élaborer des ententes avec les partenaires concernés pour assurer l'accessibilité des clientèles présentant des besoins particuliers.

Actions réalisées en 1999-2000

Le Centre de réadaptation Gabrielle-Major a conclu avec le Centre Jeunesse de Montréal une entente qui pourrait éventuellement servir de modèle pour d'autres centres de réadaptation. D'autre part, la Régie

régionale a déposé, en décembre 1999, un inventaire des ressources pour les personnes ayant des déficiences multiples.

CONTINUUM DE SERVICES D'ADAPTATION SOCIALE

Interventions de promotion et de prévention

On retrouve dans ce continuum de services les trois autres priorités de santé et de bien-être auxquelles la Régie régionale a décidé d'accorder une attention toute spéciale (la première priorité - la lutte contre le cancer du sein - ayant déjà été abordée).

Jeunes - La santé et le bien-être des tout-petits

Le programme *Naître égaux-Grandir en santé* est implanté dans huit territoires de CLSC. Ce programme intégré en périnatalité met dix regroupements intersectoriels locaux à contribution. Les principaux partenaires que sont les organismes communautaires, les CLSC, les centres jeunesse, les centres de la petite enfance, les villes, etc., développent et mettent en œuvre un plan d'action concerté pour mieux répondre aux besoins des familles avec de jeunes enfants, particulièrement celles qui sont en situation d'extrême pauvreté. Les regroupements travaillent également avec les familles à améliorer leurs conditions de vie et à lutter contre la pauvreté.

En matière de sécurité alimentaire, l'objectif est de favoriser la mise en place d'un ensemble de moyens qui contribuent de façon durable à la sécurité alimentaire de la population montréalaise. Dans une perspective de développement local, la Régie régionale soutient donc quatre projets qui se déploient dans six communautés en faisant appel à la solidarité, à l'échange des savoirs et à l'exercice d'influence. Au niveau régional, le Groupe des Partenaires s'est élargi et inclut des acteurs tels le CRDÎM, le CSÎM, Centraide, etc. et gère un plan d'action pour la sensibilisation aux enjeux de la sécurité alimentaire, le réseautage entre les divers acteurs et le soutien des concertations locales.

Jeunes - Développement optimal des jeunes

Cinq tables de concertation Jeunesse travaillent depuis déjà trois ans à cette autre priorité de la Régie

régionale. Selon la plus récente évaluation, ces projets rejoignent près de 7 400 jeunes et de très nombreux parents. À titre d'exemple, le Groupe Communication Collective (GCC) a poursuivi ses ateliers thématiques sur la violence et mis en place *La Traversée*, qui facilite le passage du primaire au secondaire. Avec *Je Passe Partout*, couronné du prix Agnès Higgins de Centraide, c'est le soutien scolaire et familial auprès des jeunes écoliers parmi les plus défavorisées de l'île qui est mis de l'avant.

Dans le quartier Villeray, plusieurs organismes appuient les intervenants de la polyvalente pour favoriser le maintien des jeunes à l'école et leur réussite. Les activités culturelles deviennent un moyen pour stimuler l'animation des ruelles. En même temps, à Verdun, on travaille à consolider le soutien scolaire et familial et, à Ville Émard/Côte St-Paul, à renforcer le travail de rue. En fait, la priorité Jeunesse soutient plus de 60 projets intersectoriels.

Par ailleurs, l'Unité des maladies infectieuses de la Direction de la santé publique a mis sur pied, dès 1996, un cadre d'action qui rassemble les deux centres jeunesse de Montréal et des représentants du milieu communautaire. Depuis 1998, les actions menées visent deux groupes : l'ensemble des jeunes desservis par les centres jeunesse et les jeunes présentant des conduites à haut risque (injection de drogues, prostitution, abus de drogues licites et illicites). Le travail de *Séro-Zéro*, qui mène des actions de sensibilisation, d'écoute, d'accompagnement et de référence auprès de jeunes prostitués masculins du centre-ville, mérite d'être souligné.

Femmes : *C'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal*

En appuyant la deuxième phase de la campagne nationale, le comité régional intersectoriel a poursuivi ses activités de sensibilisation auprès du grand public et plus spécifiquement auprès des adolescents et adolescentes. Madame Lise Dion, porte-parole pour la région de Montréal, a contribué à la réalisation de nombreuses activités médiatiques. Les partenaires également ont continué à diffuser le matériel de promotion dans leurs secteurs respectifs. En utilisant des moyens aussi divers que le théâtre, les médias, les cafés rencontres, les communautés italienne, haïtienne, latino et arabe ont fait preuve de créativité dans leurs stratégies pour rejoindre et sensibiliser leurs membres. En ce qui a trait à la prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes, la Régie régionale a soutenu les intervenants jeunesse dans la présentation d'une pièce de théâtre dans 14 écoles secondaires et donné une formation aux intervenants des services d'écoute téléphonique pour les jeunes.

Le projet de formation au dépistage et à l'intervention en violence conjugale cible principalement les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Le programme a rejoint près de

2 500 intervenants et les gestionnaires des CLSC. Afin de maximiser l'impact de cette formation, la Régie régionale a mis sur pied une supervision clinique en CLSC. Enfin, la formation a aussi rejoint près de 400 intervenants de 16 centres hospitaliers de soins de courte durée.

En matière de sécurité des femmes en milieu urbain, les comités intersectoriels de trois territoires montréalais ont opté pour des actions multiples qui appellent l'échange des acquis, l'exercice d'influence auprès des décideurs et la sensibilisation des femmes de leurs quartiers.

Des solutions d'avenir face à la violence faite aux femmes

Objectif spécifique

Assurer la coordination de la mise en œuvre des politiques en matière d'agression sexuelle et de violence conjugale.

Actions réalisées en 1999-2000

En 1999-2000, la Régie régionale a confié la coordination de cet important dossier au Service d'adaptation sociale de la Direction de la programmation et coordination, nommé une nouvelle coordonnatrice pour le dossier « violence faite aux femmes » et accordé un appui financier et technique de 275 000 $ aux quatre tables de coordination en matière de violence faite aux femmes.

Objectif spécifique

Réduire la tolérance sociale face à la violence faite aux femmes.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a continué à remplir son mandat de coordonnateur régional intersectoriel en adaptant aux communautés culturelles haïtienne, italienne, latino-américaine et arabe, les messages de la campagne nationale de sensibilisation « C'est pas toujours frappant, mais ça fait toujours mal », qui cible plus spécifiquement les adolescentes et les adolescents. Elle y a investi 78 000 $.

Objectif spécifique

Prévenir la violence chez les jeunes.

Actions réalisées en 1999-2000

Dans le cadre de la planification régionale intégrée jeunesse, la Régie régionale a investi un montant

de 87 500 $ dans l'évaluation des formations à l'approche VIRAJ (violence dans les relations amoureuses chez les jeunes) dispensées à 150 intervenants jeunesse et réalisé un répertoire des programmes et outils de sensibilisation en matière de prévention de la violence dans les relations amoureuses.

Objectif spécifique

Contrer l'isolement et accroître le sentiment de sécurité chez les femmes.

Actions réalisées en 1999-2000

Les comités intersectoriels de trois territoires montréalais ont poursuivi, au coût de 150 000 $, leurs travaux en organisant des ateliers d'autodéfense, des « marches exploratoires », des projets de réaménagement des lieux publics et de sensibilisation des commerçants. La Régie régionale a également apporté son soutien technique et financier (par le biais d'une subvention de 55 000 $) au Comité d'action femmes et sécurité urbaine (CAFSU) dans l'organisation d'une journée technique sur la sécurité urbaine et dans l'inventaire et l'évaluation des cours d'autodéfense dispensés sur son territoire.

Objectif spécifique

Accroître la sensibilisation des intervenants et assurer la formation et le soutien requis.

Actions réalisées en 1999-2000

La formation et la sensibilisation des intervenants figurent au rang des priorités de la Régie régionale en matière de violence conjugale. C'est ainsi qu'en 1999-2000, elle a investi 50 000 $ afin de donner une formation à la dynamique de la violence conjugale à des professionnels de 16 centres hospitaliers de courte durée (CHCD) et poursuivi ses formations au dépistage systématique des intervenants et des gestionnaires de 18 CLSC (comparativement à 9 CLSC en 1998-1999). En deux ans, 2 500 personnes venant de 27 des 29 CLSC du territoire ont été rejointes, pour des investissements de 5 000 $ par CLSC et 50 000 $ par année non récurrent qui sert à la formation. Enfin, la Régie régionale a investi 130 000 $ dans la conception d'une formation intersectorielle à la violence faite aux femmes des communautés culturelles.

Objectif spécifique

Prévenir la récidive de la violence faite aux femmes.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a produit et diffusé, au coût de 90 000 $, une série de dépliants dans la langue

d'origine de huit communautés ethnoculturelles (hispanophone, grecque, lusophone, italienne, arabophone, juive, russe et haïtienne) provenant d'une cinquantaine de pays. Elle a soutenu l'action intersectorielle concernant les enfants témoins de violence conjugale, mis sur pied un projet pilote de groupes d'intervention psychosociale en partenariat avec des CLSC, des maisons d'hébergement et des centres jeunesse et organisé une journée sur l'action intersectorielle auprès des enfants témoins de violence conjugale, en plus de réaliser un colloque régional sur la problématique et l'intervention auprès de cette clientèle.

MESURE 10

Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur

Objectif spécifique

Développer un projet jeunesse partagé et mobilisateur.

Le projet jeunesse montréalais, toujours d'actualité

« *Grandir sur l'île* », le projet jeunesse montréalais, s'adresse aux enfants, aux jeunes vulnérables ainsi qu'à leurs parents. Il vise à améliorer la santé et le bien-être de ces jeunes et veut contribuer à réduire le nombre d'enfants victimes de négligence et de violence, le nombre de personnes ayant des comportements violents et le nombre de jeunes exclus ou marginalisés.

« *Grandir sur l'île* » implique au premier plan tous les acteurs jeunesse montréalais. Il constitue, en fait, un pacte entre de nombreux partenaires qui acceptent de relever le défi de la collaboration, du partenariat et de la concertation.

D'une façon plus concrète, ce projet se traduit par :

- des services accessibles, continus, intégrés et complémentaires;
- une meilleure accessibilité aux services spécialisés;
- différentes actions de promotion, de prévention et de protection;

- des interventions précoces;
- des mécanismes de coordination et de concertation tant au plan local que régional.

Actions réalisées en 1999-2000

Afin d'articuler le Projet jeunesse à Montréal, la Régie régionale a mis sur pied, en 1998-1999, un comité intersectoriel de coordination composé d'un certain nombre d'établissements de santé et de services sociaux, de médecins et spécialistes, d'organismes communautaires, de centres de la petite enfance, du milieu scolaire, du milieu municipal, du milieu de l'emploi, des lignes d'écoute jeunesse, du SPCUM et du forum jeunesse de l'Île de Montréal. Ce comité a procédé au lancement, en septembre 1999, de l'état de situation de son projet « *Grandir sur l'Île* ». Suite à ce dépôt, à la fin de mars 2000, 28 équipes locales de la région (sur un total de 29) avaient déposé un document résumant l'état de la situation sur leur territoire. Une synthèse régionale des états de situation paraîtra à l'automne 2000.

En concertation avec les partenaires concernés, la Régie régionale a continué, tout au cours de l'année 1999-2000, à coordonner et supporter les actions, les comités, les ententes et les groupes de travail à portée régionale, de façon à faciliter la mise en œuvre de ce projet sur les 29 territoires de CLSC de Montréal.

La Régie régionale a accordé un montant récurrent de 133 000 $ au Projet jeunesse montréalais pour rejoindre les clientèles prioritaires.

Objectif spécifique

Développer, dans le cadre du Projet jeunesse et des orientations s'y rapportant, quatre programmes spécifiques d'intervention dans le but de lutter plus efficacement contre la négligence parentale, la violence familiale, la violence à l'adolescence, l'exclusion et la marginalisation.

Action réalisée 1999-2000

Afin d'initier des plans locaux d'action avec les partenaires, la Régie régionale travaillait, en fin d'année 1999-2000, au développement d'ententes avec le milieu scolaire, les centres de la petite enfance, la police de la CUM, la Ville de Montréal et le ministère de l'Éducation du Québec. En mai 1999, elle provoquait la signature d'une entente régionale entre les CLSC et les centres jeunesse sur le rôle, les responsabilités et les perspectives d'orientation. La Régie régionale s'est également impliquée dans les dossiers en santé mentale, déficience intellectuelle, jeunes de rue, violence et agression sexuelle chez les jeunes et auprès des jeunes, en périnatalité et dans les organismes communautaires. La finalisation du Plan d'action régional est prévue pour la fin de l'année 2000-2001.

En ce qui a trait à l'évaluation du Projet jeunesse montréalais, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a accordé une subvention de 204 000 $, la Régie régionale 120 000 $ et le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) 75 000 $. La Régie régionale a également élaboré un cadre théorique d'analyse des retombées du projet et d'identification des variables.

Enfin, le ministère de la Santé et des Services sociaux a versé une subvention non récurrente de 75 000 $ pour le développement de services intégrés.

Objectif spécifique

Accentuer, au cours de la période 1998-2002, et en cohérence avec le Projet jeunesse priorisé, le renforcement des interventions de prévention/promotion ou de toutes formes d'interventions réalisées en amont.

Action réalisée 1999-2000

La Régie régionale achevait, le 31 mars 2000, le travail d'identification des ressources requises dans la région montréalaise afin de développer des services en amont dans l'ensemble des CLSC du territoire.

MESURE 11

Alcoolisme / toxicomanie : se donner un plan régional d'action intersectoriel

Objectif spécifique

Assurer l'accès à des services de traitement à la méthadone pour les héroïnomanes sur l'ensemble de l'île de Montréal.

Actions réalisées en 1999-2000

En février 1999, la Régie régionale initiait un projet de financement pour l'accès au traitement à la méthadone, initiative rapidement appuyée en mars 1999, d'un budget de 1 M$ octroyé par le Ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, pour offrir des services à 2 500 héroïnomanes d'ici 2002.

En 1999-2000, la Régie régionale a consolidé, au coût de 615 186 $, les trois programmes de traitement à la méthadone et accordé des budgets de consolidation et de développement au service de toxicomanie de l'Hôpital St-Luc du CHUM (86 054 $), à la clinique HERZL de l'Hôpital Général Juif (97 099 $) et au Centre de recherche et d'aide aux narcomanes (432 033 $). De plus, la Régie régionale a développé, au coût de 215 000 $, un nouveau programme de traitement : le Relais Méthadone. Dans la même lancée, la Régie a ouvert en mars 2000 le Centre de jour Méta d'âme. Doté d'un budget annuel de 50 897 $, le centre reçoit quotidiennement entre dix et 15 personnes. Selon la RAMQ, 1 127 personnes de la région Montréal-Centre recevaient, en 1999-2000, des traitements à la méthadone, une augmentation de 260 par rapport à 1998-1999.

Objectif spécifique.

Étendre à toute l'île de Montréal l'application du programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies.

Actions réalisées en 1999-2000

En 1999-2000, le programme régional en promotion de la santé et prévention des toxicomanies, dont le budget est resté stable par rapport à l'année 1998-1999, a permis de financer les activités en prévention des toxicomanies sur 16 territoires de CLSC.

Objectif spécifique

Améliorer le dépistage et l'intervention précoce et augmenter l'accessibilité aux services offerts en CLSC aux alcooliques et toxicomanes.

Actions réalisées en 1999-2000

L'augmentation, grâce à un investissement de 142 500 $, de l'accès aux services du CLSC des Faubourgs pour les jeunes de la rue constitue la réalisation d'une partie de l'objectif. D'autre part, la Régie régionale a collaboré avec la Direction de la santé publique à l'amélioration de l'accès aux services dans 7 CLSC pour les utilisateurs de drogues intraveineuses et les jeunes marginaux.

Objectif spécifique

Développer des services complémentaires auprès des personnes aux prises avec des problèmes d'alcoolisme-toxicomanie et de santé mentale.

Actions réalisées en 1999-2000

Suite aux recommandations formulées par un comité d'experts en santé mentale et toxicomanie de créer une organisation de services en vue de mieux desservir cette clientèle, le Ministre délégué a annoncé un budget de consolidation des services existants au Centre Le Portage ainsi que le support à un projet conjoint entre le milieu psychiatrique et la toxicomanie de la région de Montréal-Centre.

C'est ainsi que dans le domaine des services complémentaires, la Régie régionale a financé, à hauteur de 500 000 $ récurrent, le programme de traitement des personnes présentant des troubles sévères de la personnalité et des problèmes de toxicomanie du centre Le Portage (14 places occupées sur 20) et élaboré un projet conjoint entre le Centre Dollard-Cormier et l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Objectif spécifique

Améliorer l'accessibilité de la clientèle anglophone aux services en alcoolisme et toxicomanie.

Actions réalisées en 1999-2000

Un projet dans lequel la Régie régionale a investi un montant de 70 000 $, reçu en mars 2000, a permis d'ouvrir les services d'urgence du Centre Dollard-Cormier aux personnes d'expression anglaise.

D'autre part, Le Portage et les Centres jeunesse Batshaw finalisent un projet résidentiel de 24 places pour les jeunes anglophones du Québec.

Objectif spécifique

Développer des services en toxicomanie pour les personnes détenues dans les établissements provinciaux de Montréal.

Actions réalisées en 1999-2000

La Table montréalaise santé publique/milieu carcéral a réalisé un plan d'action destiné à prévenir les maladies transmissibles par le sang en milieu de détention. D'autre part, la Régie régionale a pris les mesures nécessaires afin que les personnes qui bénéficiaient d'un traitement à la méthadone avant leur incarcération puissent le poursuivre en prison.

Objectif spécifique

Développer les initiatives communautaires et le contrôle de la qualité des services offerts dans le secteur privé.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a accordé un budget non récurrent de 136 167 $ à quatre organismes communautaires engagés dans le domaine de la toxicomanie.

En ce qui a trait au contrôle de la qualité des services offerts par le secteur privé, les organismes privés qui ont fait l'objet de plaintes ont tous été visités et des mesures de corrections leur ont été proposées. La Régie régionale appliquera la certification des organismes dès l'adoption, par le ministère de la Santé et des Services, des mesures nécessaires à cette fin.

Intégration et continuité des services en périnatalité

La Régie régionale a accordé une attention particulière aux services postnataux en 1999-2000 en élaborant, notamment, un cadre de référence en matière de services de périnatalité afin d'uniformiser les pratiques et les modes de référence entre les CH et les CLSC et de préciser les rôles de chacun.

Les personnes itinérantes

Objectif spécifique

Améliorer l'intégration des actions visant les personnes itinérantes dans les continuums de services de santé physique, santé mentale, déficience intellectuelle, alcoolisme, toxicomanie, sida et assurer l'accès aux services.

Actions réalisées en 1999-2000

En décembre 1998, le directeur intérimaire de la santé publique émettait un avis sur la mortalité des jeunes de la rue. Ses recommandations faisaient suite à la publication des résultats d'une étude qui relevait un cumul important de facteurs de risque, de multiples problèmes de santé physique et mentale ainsi qu'un taux alarmant de mortalité chez les jeunes de la rue, plus particulièrement au centre-ville de Montréal.

En 1999-2000, la Régie régionale a relancé avec ses partenaires, la Ville de Montréal et le RAPSIM, le comité de liaison itinérance afin de l'assister dans la mise en application des recommandations contenues dans le « Défi de l'accès », notamment, par la mise à jour du portrait des clientèles, des services et des problématiques dans le but de déterminer le rôle et les priorités de chacun.

L'injection d'un montant de 362 500 $ pour contrer la détresse chez les jeunes a permis à la Régie régionale de financer 17 organismes communautaires voués à la prévention de l'itinérance, à l'amélioration

de l'accès aux services et à l'insertion des jeunes de la rue. Les mesures mises de l'avant visent à réduire la mortalité et la morbidité et à développer des corridors de services avec les services spécialisés.

Enfin, la participation financière de 142 500 $ de la Régie régionale a permis au CLSC des Faubourgs de mettre en place un programme de services cliniques pour les jeunes de la rue.

Les services en sida

En matière de sida, l'objectif de la Régie régionale s'articule autour de la mise en œuvre, à l'intérieur d'un continuum de services incluant des activités de prévention/promotion et de soins et services, d'un plan régional en matière VIH/SIDA et autres MTS, en lien avec la « Stratégie québécoise de lutte contre le sida-phase IV : 1997-2002 ».

Objectif spécifique

Développer un plan d'action régional de prévention et de promotion à l'égard du VIH et des autres MTS et un plan de prévention destiné aux personnes toxicomanes utilisatrices de drogues injectables.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale s'est employée à réorienter les activités de prévention vers les clientèles reconnues plus vulnérables à l'infection dans des activités de proximité, ainsi qu'à consolider les budgets accordés aux organismes communautaires et à certains CLSC qui offrent des services préventifs reconnus efficaces par leur impact sur l'évolution de l'épidémie.

Objectif spécifique

Revoir, adapter et assurer l'accessibilité à des services spécialisés de première ligne (incluant le dépistage et le maintien à domicile), à des services de courte durée en CH, incluant l'accès à des services ultra-spécialisés offerts par les Unités Hospitalières de Recherche, d'Enseignement et de Soins sur le Sida (UHRESS) et à des services d'hébergement et de soutien dans la communauté destinés aux personnes atteintes du VIH/SIDA.

Actions réalisées en 1999-2000

■ En première ligne

La Régie régionale a porté de quatre à neuf le nombre de CLSC impliqués dans des services spécifiques

de prévention du VIH (ex. dépistage, vaccination), notamment auprès des clientèles reconnues plus vulnérables.

■ En courte durée

Afin de mieux articuler les soins et des services destinés aux personnes atteintes du VIH/SIDA présentant une problématique de toxicomanie et/ou d'itinérance, les professionnels de l'équipe spéciale toxico-sida de l'ancien département de médecine préventive du pavillon Saint-Luc ont été intégrés à l'UHRESS du CHUM . D'autre part, la Régie régionale a développé de nouveaux mécanismes d'accès à des services intégrés.

Objectif spécifique

Assurer le renforcement de mécanismes de soutien au développement des compétences des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a procédé, au cours de l'année 1999-2000, à l'évaluation des besoins en matière de services requis et dispensés par le réseau des organismes communautaires, révisé les priorités régionales en matière de services requis et financés dans le cadre du « programme de soutien aux organismes communautaires - catégorie-Sida » ainsi que revu et consolidé le cadre de financement.

La Régie régionale a également diminué le nombre de places d'hébergement communautaire et révisé la classification des services devant être dispensés dans ces ressources. Elle a également créé une nouvelle ressource d'accueil de 10 places, en lui confiant un mandat régional de prise en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, des personnes atteintes du VIH/SIDA et qui ont de multiples problématiques (toxicomanie, itinérance, santé mentale). Elle a, enfin, augmenté les services de soutien dans la communauté.

MESURE 12

Intégrer des mesures efficaces de prévention et de promotion au sein de chacun des continuums de services

Comme vous l'avez sûrement constaté en parcourant ce document, les mesures de prévention et de promotion ont été présentées à l'intérieur de chaque continuum de services.

Le traitement des plaintes

Les plaintes traitées par la Régie régionale selon la procédure d'examen des plaintes

Portrait global 68
Les établissements 68
Les objets de plaintes 69
Les thématiques 69

LES PLAINTES TRAITÉES PAR LA RÉGIE RÉGIONALE SELON LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

Portrait global

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime d'examen des plaintes, le 1er avril 1993, le Service conseil et aide à la clientèle a noté une augmentation graduelle de l'utilisation du régime des plaintes. Ainsi, au cours de l'exercice 1999-2000, le Service a répondu à 8 224 demandes d'information, soit 6% de plus qu'en 1998-1999. Un total de 259 dossiers de plaintes a été traité, soit 36% de plus que l'année précédente. Cette hausse est essentiellement due à un volume accru du nombre de plaintes traitées par la Régie régionale concernant les établissements et les organismes communautaires.

On compte 497 objets de plaintes au sens de la loi. Dans 32% des cas, des mesures correctives ont été identifiées. Les mesures correctives appliquées ou recommandées totalisent 225 interventions, dont les principales sont l'amélioration des communications, l'adaptation des services, l'ajustement financier, l'encadrement et la formation des intervenants.

Les 34 dossiers de plaintes concernant les ressources d'habitation privées comptaient 89 objets d'insatisfaction selon la loi. Dans 82% des cas, des mesures correctives ont été appliquées ou recommandées. La cessation des services, la relocalisation de l'usager ainsi que des demandes de visites de contrôle de la qualité ont constitué l'essentiel des 91 interventions du Service conseil et aide à la clientèle.

Les établissements

Le nombre de plaintes formulées selon les missions d'établissements se répartit de la façon suivante :

- Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés :	70
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée :	36
- Centres locaux de services communautaires :	2
- Centres jeunesse :	21
- Centres hospitaliers de soins psychiatriques :	5
- Centres de réadaptation :	4
TOTAL :	**163**

Tableau 27 Bilan des activités

	1998-1999 Nombre	1999-2000 Nombre
Demandes d'information	7 741	8 224
Plaintes selon la loi	190	259
Ressources d'habitation privées	34	34

Tableau 28 Les dossiers traités par la Régie régionale

Catégorie	Plaintes	Objets	Mesures correctives
Plaintes selon la loi	259	497	32%
Ressources d'habitation privées	34	89	82%
Total	**293**	**586**	**39%**

Tableau 29 Plaintes traitées par la Régie régionale

Catégorie	1998-1999 Nombre	1998-1999 %	1999-2000 Nombre	1999-2000 %
Établissements	109	57	163	63
Organismes communautaires	17	9	29	11
Services préhospitaliers d'urgence	39	21	39	15
Régie régionale	25	13	28	11
Total	**190**	**100**	**259**	**100**

Les objets de plaintes

En ce qui a trait aux plaintes telles que définies dans la loi, la Régie régionale a enregistré, au cours de l'année 1999-2000, une augmentation d'objets de plaintes dans l'ensemble des catégories. L'accessibilité et la continuité des services demeurent en tête de liste des insatisfactions signalées par la population (27%). Les principaux motifs de plaintes touchent, par ordre d'importance, les délais dans l'obtention des services, le choix de l'établissement, l'insuffisance de services, les congés prématurés, les refus de services, les comptes d'ambulances et d'hôpitaux.

Les insatisfactions portant sur les relations interpersonnelles et la qualité de l'environnement ont plus que doublé au cours de l'année 1999-2000. Les principaux motifs de plaintes touchent respectivement les communications avec les familles, le respect, la sécurité et la protection de l'usager.

L'insuffisance de services et la qualité du milieu de vie (alimentation, sécurité de la personne, propreté des lieux) constituent les principaux motifs des plaintes touchant les ressources d'habitation privées.

Les thématiques

Un objectif essentiel du régime des plaintes est d'identifier en vue de les corriger, les lacunes, notamment structurelles et systémiques, susceptibles de nuire à l'accessibilité des personnes aux soins et services requis par leur condition ainsi qu'à la qualité de ceux-ci. Afin de résoudre les problématiques identifiées au cours des deux dernières années, dont l'année 1999-2000, les activités du Service conseil et aide à la clientèle visaient :

- une meilleure continuité des services pour la clientèle;
- une mise à jour de la mesure administrative qu'est la sectorisation en santé mentale;
- le développement de programmes destinés aux personnes présentant des troubles sérieux du comportement vivant dans la communauté et la formation des intervenants à cet égard;
- une meilleure gestion de l'hébergement de transition et l'amélioration du système de priorité des admissions pour les personnes âgées en perte d'autonomie;
- à mieux répondre, par le développement de ressources alternatives à l'institutionnalisation, aux besoins des jeunes adultes hébergés;
- un meilleur accès aux services pour la clientèle des ressources d'habitation privées.

Tableau 30 Objets de plaintes selon la loi

Catégorie d'objets	1998-1999 Nombre	1998-1999 %	1999-2000 Nombre	1999-2000 %
Accessibilité et continuité des services	108	33	132	27
Soins et services dispensés	54	16	82	16
Relations interpersonnelles	32	10	69	14
Environnement et ressources matérielles	21	6	52	10
Aspect financier	60	18	76	15
Droits particuliers	53	16	85	17
Autres objets de demandes	-	-	1	-
Total	**328**	**100**	**497**	**100**

Tableau 31 Objets de plaintes - Ressources d'habitation privées

Catégorie d'objets	1998-1999 Nombre	1998-1999 %	1999-2000 Nombre	1999-2000 %
Accessibilité et continuité des services	26	45	13	15
Soins et services dispensés	7	12	14	16
Relations interpersonnelles	10	17	16	18
Environnement et ressources matérielles	13	22	43	48
Aspect financier	2	3	3	3
Total	**58**	**100**	**89**	**100**

En ce qui a trait aux délais dans l'obtention des services, malgré tous les efforts consentis, des progrès importants restent à faire et, en ce sens, le Service conseil et aide à la clientèle assure un suivi rigoureux auprès de tous les partenaires concernés.

Tableau 32 **Des données sur le régime des plaintes**

- 90% des plaintes sont déposées par écrit
- 52% des plaintes sont formulées par l'usager
- Ce sont les familles qui assistent majoritairement les usagers
- Le CAAP – Montréal a prêté assistance dans 38% des cas
- Seulement 37% des plaintes ont été traitées en deçà de 60 jours
- 56 demandes de révision ont été adressées au Commissaire aux plaintes

Les ressources humaines

Deux grands chantiers

Chantier 1 : La valorisation du personnel d'encadrement 72
Chantier 2 : La mobilité professionnelle et le maintien des compétences 74

CHANTIER 1
LA VALORISATION DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

Objectif spécifique

Contribuer au repositionnement et à la revalorisation du rôle et du statut des cadres.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale s'est donné pour mission d'aider les établissements à poursuivre en leurs murs l'exercice de redéfinition du rôle des cadres intermédiaires entrepris au colloque d'avril 1999 et de promouvoir le développement des compétences nouvelles que ce repositionnement implique.

■ Redéfinition du rôle du cadre

Chaque établissement a reçu un didacticiel comportant la marche à suivre, les consignes à l'animateur ainsi que tous les éléments graphiques nécessaires à la réplication de l'exercice d'avril 1999. On a également distribué à chacun des trousses d'auto-formation aux deux compétences jugées prioritaires, *le leadership mobilisateur* et *l'accompagnement et la gestion du changement*. L'étude commandée au Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'autoformation et le travail (GIRAT) vise à assurer la Régie régionale de la pertinence de cette méthode d'apprentissage dans le réseau.

Par ailleurs, le développement des compétences nécessaires à la décentralisation de la fonction Ressources humaines s'est poursuivi à travers deux groupes de formation auxquels ont participé une quinzaine de directeurs de ressources humaines. Le premier a exploré des moyens de développer une nouvelle vision stratégique de leur rôle, alors que le second groupe explorait les plus récentes stratégies en matière de mobilisation des ressources humaines.

Toujours dans le dossier fonction Ressources humaines, une somme de 15 000 $ a été consacrée à la recherche. La Régie régionale a confié à une équipe des relations industrielles de l'Université de Montréal le mandat d'effectuer un relevé des pratiques novatrices et des défis en gestion des ressources humaines (GRH) identifiés à partir d'un échantillon de dix-neuf établissements du réseau.

Tableau 33 Personnel d'encadrement au 31 mars 1999

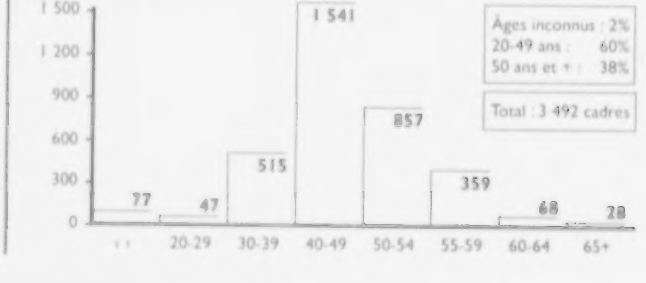
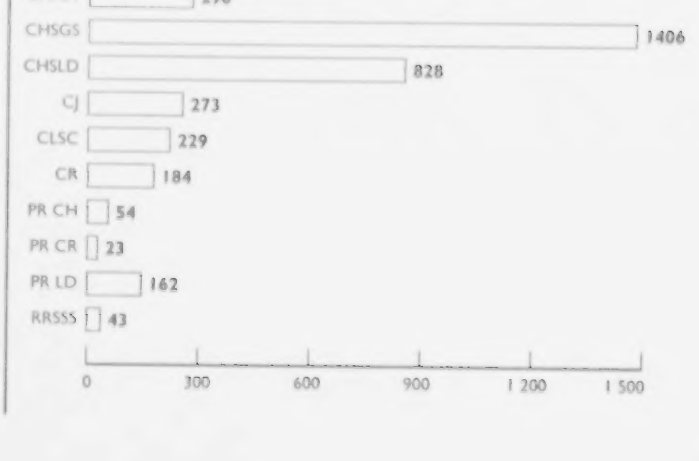


Tableau 34 Répartition des cadres



■ Développement des compétences

Au moment où le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait une nouvelle politique nationale en développement de compétences, des efforts importants ont été consentis pour promouvoir cette politique auprès des directions d'établissements : déjeuners-conférences, publications spécifiques, outils de travail, dont une démarche d'implantation de la politique et un logiciel d'élaboration de compétences.

La Régie régionale a intensifié ses efforts pour développer chez les directeurs généraux et les cadres supérieurs, les compétences nécessaires à l'atteinte des grands objectifs du « Défi de l'accès ».

D'une part, des énergies importantes ont été investies dans l'élaboration d'un programme régional sur la gestion du continuum de services. Une dizaine d'établissements débuteront le programme de formation à l'automne 2000.

D'autre part, la Régie régionale a publié les résultats d'une étude d'Alain Rondeau, de l'École des Hautes Études commerciales, sur les facteurs de succès des transformations dans les établissements du réseau et affecté une somme additionnelle de 30 000 $ à la création d'une banque de consultants en accompagnement au changement.

La Régie régionale a également déployé des efforts particuliers pour supporter le développement des directeurs généraux en offrant notamment des activités de formation.

Objectif spécifique

Doter la région d'un véritable plan de main d'œuvre pour le personnel d'encadrement.

Actions réalisées en 1999-2000

À la demande du comité régional du personnel d'encadrement, la Régie régionale a entrepris de mettre en relief les conséquences des programmes de départ et d'anticiper les effets du vieillissement des cadres du réseau. Elle a produit et publié des statistiques sur la variation de cadres par groupes d'âge, la répartition du nombre de cadres permanents et temporaires par domaines d'activité, les projections, par mission d'établissement, sur le personnel d'encadrement qui atteindra ou dépassera l'âge de 55 ans en 2002-2005.

Une étude détaillée de la situation démographique des cadres dans le secteur de la santé mentale, a été menée auprès des établissements concernés. Un groupe de travail, formé de représentants d'établissements, a permis de dégager des pistes d'action possibles pour les prochaines années visant à mettre en place des mesures favorisant la relève du personnel d'encadrement.

Tout en poursuivant ses activités régulières d'aide ponctuelle aux cadres en stabilité, la Régie régionale a déployé des efforts importants en ce qui a trait à la circulation des postes d'encadrement, en les rendant disponibles via Internet aux côtés des postes des autres régions, suite à une entente inter-régionale à cet effet.

La Régie régionale a également mandaté l'équipe de Gilles Guérin de l'École des Relations industrielles de l'Université de Montréal pour faire une étude sur le phénomène du vieillissement des cadres dans le réseau afin de mieux cerner les moyens pour l'utilisation optimale des cadres âgés de 55 et plus. Cette étude est en cours et les résultats seront disponibles au début de 2001.

Enfin, bien qu'il soit trop tôt pour en mesurer l'impact, le programme de maillage acquisition et transfert des compétences et habiletés (MATCH) constitue une étape importante sur la voie de la mobilité des cadres dans le réseau. Déjà, certains « stages » ont été amorcés et permettent à des cadres de mieux connaître les établissements avec lesquels ils sont en collaboration/partenariat au niveau des services à la population.

CHANTIER 2
LA MOBILITÉ PROFESSIONNELLE ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES

Objectif spécifique

Doter la région d'un véritable plan de main-d'œuvre

Actions réalisées en 1999-2000

La main-d'œuvre dédiée aux soins infirmiers a suscité inquiétudes et préoccupations. Après avoir identifié les besoins régionaux en main-d'œuvre infirmière et en personnel associés aux soins, la Régie régionale a développé, en consultation avec le réseau, une stratégie de suivi et d'intervention pour la main-d'œuvre infirmière. Divers programmes et moyens d'action à court terme ont ainsi permis d'ajouter plus de 1 500 jours de disponibilité en prévision de l'été 1999.

Une première présence du réseau socio-sanitaire montréalais a été assurée au Salon de l'emploi où la Régie régionale a coordonné les activités d'un kiosque permettant la participation de plusieurs catégories d'établissements et la présence de 5 corporations professionnelles. Sept cent cinquante curriculum vitae ont été recueillis et rendus disponibles aux établissements montréalais. Un répertoire des établissements de la région, incluant les coordonnées d'une personne-ressource en ressources humaines, a été élaboré et diffusé lors du Salon.

La Régie régionale était également présente lors de la publication du Guide de l'emploi auquel elle a collaboré. Ce document, parrainé par le ministère du Travail, est diffusé à l'ensemble des maisons d'enseignement à des fins d'orientation professionnelle. La Régie régionale y a fait valoir les secteurs d'activités spécifiques où des besoins de main-d'œuvre sont escomptés.

Objectif spécifique

Améliorer les conditions de replacement et de mobilité professionnelle au sein de la région

Actions réalisées en 1999-2000

La participation au programme spécial de subvention visant à réduire les coûts de sécurité d'emploi a permis de radier 82 personnes inscrites en sécurité d'emploi, dont 37 ont fait l'objet de replacements locaux. De ce groupe, soixante-trois personnes faisaient l'objet d'une problématique de replacement liée à des limitations fonctionnelles, des titres d'emploi peu en demande ou d'unilinguisme anglais.

La Régie régionale a assuré un soutien conseil aux intervenants associés aux dossiers de changements apportés par le « Défi de l'accès » (ex : Hôpital Rivière-des-Prairies, services sociaux en langue anglaise, etc.). Son appui a permis de réaliser ces changements sans alourdir le dossier de sécurité d'emploi.

Autres activités réalisées en 1999-2000

Les ententes de principe disponibles ont fait l'objet d'études d'impacts quant au rôle et à l'organisation des secteurs, aux suivis d'information et aux conditions de replacement des salariés.

La coordination des rencontres des comités paritaires nationaux de sécurité d'emploi a contribué à résoudre plusieurs litiges sans recours à l'arbitrage.

Tableau 35 **Service régional de main d'oeuvre au 31 mars 2000**

	Nombre de salariés sécuritaires et prioritaires	Nombre de requêtes
Inscrits au 1er avril 1999	306	23
Inscrits en cours d'année 1999-2000	82	5 408
Replacés localement	84	-
Replacés par le SRMO*	44	-
Autres radiations	105	-
Inscrits au 31 mars 2000	155	11

*Service régional de main d'oeuvre

Objectif spécifique

Supporter les directions d'établissements dans leurs efforts pour maintenir les compétences de leur personnel.

Actions réalisées en 1999-2000

La Régie régionale a mis en place et coordonné une trentaine de projets de formation-réseau à l'intention des intervenants de toutes les catégories d'établissements et d'organismes communautaires. Les projets de formation se répartissent dans les six continuums de services et visent le développement des compétences des intervenants en lien avec les changements et les mesures d'amélioration des services du plan 1998-2002. Ainsi, ce sont 29 projets spécifiques de formation qui ont été offerts, lesquels ont généré 81 sessions de formation et rejoints 1 926 participants en provenance des divers établissements et organismes de notre région.

À ces projets de formation-réseau, s'est ajouté un nouveau programme de subventions aux établissements pour soutenir les initiatives locales en matière de développement des compétences spécifiques à la transformation du réseau. Onze établissements se sont vus octroyer une subvention au cours de la première année de mise en œuvre de ce programme.

Afin de donner une vue d'ensemble, le tableau ci-contre présente, par continuums de services et axes d'amélioration continue, la répartition des projets de formation en soutien au «Défi de l'accès». On compte deux catégories de projets : les projets coordonnés par la Régie régionale (projets régionaux) et les projets subventionnés par la Régie régionale (projets locaux). Les sommes investies pour l'ensemble de ces projets de formation s'élèvent à environ 400 000$ pour l'année 1999-2000.

Dans le but d'évaluer la pertinence et les impacts de la formation en soutien aux divers changements, la Régie régionale a procédé à l'embauche d'un conseiller professionnel en évaluation de la formation, ce qui permettra de mettre en place, dès l'an 2000, et de proposer aux établissements des outils pratiques d'évaluation dans le domaine de la formation.

Tableau 36 Projets régionaux et locaux en soutien au «Défi de l'accès»

CONTINUUMS	PROJETS RÉGIONAUX	PROJETS LOCAUX
Santé physique	3	1
Santé mentale	2	2
Jeunesse	5	-
Personnes âgées	6	5
Déficience physique	1	-
Déficience intellectuelle	1	2
Alcoolisme et toxicomanie	1	-
SIDA	1	-
Axes d'amélioration		
Qualité des services	4	-
Efficience des ressources	4	1
Autres	1	-
TOTAL	**29**	**11**

Autres actions réalisées en 1999-2000

À la suite de l'élection à l'automne 1999 des nouveaux membres des conseils d'administration des établissements du réseau, la Régie régionale a élaboré un programme d'accueil et de formation continue à l'intention de ces nouveaux administrateurs. Ce programme a été implanté à l'hiver 2000 et les sessions d'accueil des nouveaux membres de conseils ont rejoint plus de trois cents nouveaux administrateurs. Le

programme se poursuivra au cours des deux prochaines années avec des activités de formation continue pour l'ensemble des membres des conseils d'administration des établissements du réseau.

Enfin, la Régie régionale a entrepris des travaux d'étude et d'analyse en matière de performance organisationnelle et participé activement aux travaux conduits par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur les indicateurs à implanter en ressources humaines.

Les ressources matérielles

Les ressources matérielles 80
Modernisation des infrastructures 80
Aides techniques 80
Locations d'espaces 81
Les acquisitions d'immobilisations et d'équipements spécialisés 81

LES RESSOURCES MATÉRIELLES

Dans le domaine des ressources matérielles, en plus du traitement des projets d'équipements et de construction, il y a lieu de faire état du dossier de modernisation des infrastructures, du programme des aides techniques et de celui des locations d'espaces.

Modernisation des infrastructures

En modernisation des infrastructures, la Régie régionale a mis l'accent sur la réalisation des 13 projets d'investissements d'une valeur de 6,4 M$ acceptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la fin de l'exercice 1998-1999. Ces projets ont généré des économies de 3,2 M$. La Régie régionale a également préparé et soumis une deuxième phase de 7,5 M$ prévue pour le début de l'exercice 2000-2001. En entretien ménager, la Régie régionale a supporté l'implantation d'un logiciel destiné à établir un diagnostic de performance et à réaliser les mesures de rationalisation dans les établissements du réseau. En services alimentaires, une étude régionale d'envergure a permis d'établir un bilan des expériences réalisées et en cours et d'évaluer le potentiel du marché agro-alimentaire, de façon à valider le concept de cuisine satellite. Le rapport servira de référence dans la définition des orientations régionales au cours de l'automne 2000. En services de buanderie et lingerie, la plupart des fermetures de buanderies annoncées se sont concrétisées et les ajouts de volume ont permis à la Buanderie centrale de Montréal d'atteindre l'un de ses objectifs pour la période 1998-2002, soit 8 000 000 kg/an. Des études visant l'amélioration de l'efficacité énergétique dans tous les établissements ont été réalisées par le biais des regroupements territoriaux et plusieurs projets ont été identifiés et seront inclus à la phase II d'investissements mentionnée précédemment.

Aides techniques

Dans le secteur des aides à la vie quotidienne et à la vie domestique, des fournitures d'élimination, de l'oxygénothérapie et des chaussures orthopédiques, la Régie régionale de Montréal a traité avec quelque 50 partenaires locaux plus de 3 000 dossiers qui ont totalisé une somme de 3,0 M$ au cours de l'exercice 1999-2000, première année complète d'opération du programme d'aides techniques depuis le transfert des programmes de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Outre les personnes handicapées visées par les critères de l'OPHQ, la Régie régionale répond aux besoins de clientèles ciblées pour le maintien et le retour à domicile par le biais du fonds régional de suppléance. En vue d'améliorer l'efficience de ces programmes, des projets pilotes regroupant plusieurs CLSC et visant la mise en commun de la gestion des inventaires et des prêts d'équipements ont été lancés et des outils informatiques de gestion sont actuellement en développement.

Locations d'espaces

Les dépenses de loyer ont totalisé 24,5 M$ dans 45 établissements, plus de la moitié de ces dépenses étant réalisée par les CLSC. La gestion des baux des locations d'espaces et des immeubles excédentaires exige une activité soutenue de la Régie régionale qui autorise les baux conclus par les établissements publics pour des espaces loués aux fins de la dispensation des services. Elle procède à une réallocation budgétaire régionale en fonction des variations des coûts réels des baux.

Les acquisitions d'immobilisations et d'équipements spécialisés

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements doivent requérir l'autorisation de la Régie régionale pour réaliser leurs projets de construction dont le coût est inférieur à 1 M$ pour les centres hospitaliers ou à 500 000 $ pour les autres établissements, ainsi que pour acquérir des équipements médicaux spécialisés, sans limite de coût.

Aux fins du renouvellement de l'équipement et du mobilier, de même que pour les projets de maintien en bon état des immeubles, la Régie régionale répartit les enveloppes régionales d'immobilisations entre les établissements publics. Celles-ci ont totalisé 40 M$ en 1999-2000.

En 1999-2000, les projets soumis par les établissements ont atteint la somme de 195 M$ et des investissements de près de 80 M$ ont été approuvés dont 14,1 M$ par les établissements et 65,8 M$ par le MSSS et la Régie régionale. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a octroyé des subventions spéciales en sécurité dans les CHSLD et en haute technologie pour des équipements de radiothérapie. De plus, une subvention spéciale d'équipement de 23,5 M$ a été octroyée au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM). Pour sa part, la Régie régionale a investi 42,3 M$ dans les secteurs construction et équipement. Ces investissements comprennent un montant de 17,5 M$ représentant 25% des dépenses autorisées pour rencontrer les problèmes du passage à l'an 2000. Cette participation a été accompagnée, en contrepartie, d'une baisse appréciable des subventions d'équipements dans les CHSGS.

Enfin, dans le cadre d'un dépôt formel de priorités régionales, la Régie régionale a

Tableau 37 Sommaire des acquisitions : immobilisations et équipements

	Projets soumis milliers $	Subventions Régie / MSSS milliers $	Part de l'établissement milliers $	TOTAL investi milliers $
Construction				
CHSLD, CLSC, CPEJ, CR	45 390	3 757	4 251	8 008
CHSGS	60 850	9 618	2 266	11 884
Équipement CHSGS				
Ordinaire		3 438		3 438
Spécialisé	87 519	4 538	7 296	11 834
Équipement CHSLD, CLSC, CPEJ, CR				
Renouvellement		2 660		2 660
Gros équipement	1 339	787	317	1 104
Participation 25% - Passage à l'an 2000		17 490		17 490
Sous-total	**195 098**	**42 288**	**14 130**	**56 418**
Sécurité CHSLD (MSSS)		3 646		3 646
Subvention CHUM (MSSS)		10 000		10 000
Haute technologie (MSSS)		1 400	400	1 800
Radio-oncologie - 3 accélérateurs (MSSS)		8 500		8 500
Sous-total		**23 546**	**400**	**23 946**
Grand total:	**195 098**	**65 834**	**14 530**	**80 364**

recommandé au ministère de la Santé et des Services sociaux quelque 12 projets majeurs d'immobilisations d'une valeur de 88,8 M$ pour mise à l'étude, tout en indiquant les priorités de réalisation de 16 autres projets déjà à l'étude et totalisant la somme de 263 M$.

Tableau 38 Projets d'immobilisations > 300 000 $

ÉTABLISSEMENTS	PROJETS	VALEUR	*
CR Lisette-Dupras	Pavillon Ville St-Pierre/vétusté	490 000 $	1
CHSLD Centre-Ville	Rénovation-Alimentation casher (phase I)	490 000 $	1
CHSLD Centre-Ville	Rénovation-Unité de soins Bella (phase I)	490 000 $	1
CHSLD Centre-Ville	Rénovation-Unité de soins Cécile (phase I)	490 000 $	1
Hôpital Douglas	Remplacement système téléphonique	520 000 $	4
Hôpital Général Juif	Rénovation système ventilation pavillon B	360 000 $	3
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Réaménagement des soins prolongés	578 800 $	3
CUSM/Hôpital Général de Montréal	Sécurité-incendie/relance V	400 000 $	3
Institut universitaire de gériatrie de Montréal	Réseau thermique	970 000 $	5
CH St-Mary	Réseau thermique	630 000 $	5
Hôpital Rivière-des-Prairies	Remplacement système téléphonique	360 000 $	3
CUSM/Hôpital Royal Victoria	Réfection toiture pavillon Ross	857 000 $	3
Hôpital Ste-Justine	Tours d'eau (2)	365 000 $	4
CH Angrignon	Dialyse rénale-rénovation	495 000 $	3
Hôpital Général Juif	Climatisation	528 000 $	1
Centre de soins prolongés Grace Dart	Mise en conformité sécurité-incendie (phase 1)	496 000 $	2
Centre de soins prolongés Grace Dart	Mise en conformité sécurité-incendie (phase 2)	465 000 $	2
CH Jacques Viger	Mise en conformité sécurité-incendie (phase 1)	500 000 $	2
CH Jacques Viger	Mise en conformité sécurité-incendie (phase 2)	500 000 $	2
Total		**9 984 800 $**	

1. Autofinancement par établissement
2. MSSS
3. Financement Régie enveloppes régionales
4. Financement mixte
5. Modernisation

Tableau 39 Projets d'équipements > 300 000 $

ÉTABLISSEMENTS	PROJETS	VALEUR	*
Centre d'accueil Father Dowd	Équipements	481 000 $	2
CHSLD St-Laurent	Équipements	900 000 $	2
CHUM	Anesthésie	950 000 $	4
Institut de cardiologie de Montréal	Salle d'hémodynamie	1 070 707 $	1
Hôpital Ste-Justine	Échographie	750 000 $	4
CUSM/Hôpital Général de Montréal	Scanographie	1 400 000 $	1
CHUM	Équipements médicaux	10 000 000 $	2
CH St-Mary	Caméra gamma	460 000 $	4
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Salle de scopie	700 000 $	4
Institut de cardiologie de Montréal	Assistance ventriculaire	350 000 $	1
Hôpital Général Juif	Appareil d'échographie (1)	312 000 $	1
Hôpital Général Juif	Appareil d'échographie (2)	381 000 $	1
Hôpital Ste-Justine	Anesthésie	1 800 000 $	2
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Salle d'hémodynamie	640 000 $	3
Total		**20 194 707 $**	

Les technologies et les systèmes d'information

Le passage à l'an 2000 84

Le technocentre régional 84

L'implantation d'applications 84

LES TECHNOLOGIES ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION

Dans la foulée des objectifs du « Défi de l'accès », le secteur des technologies et systèmes d'information de la Régie régionale a poursuivi et complété, dans certains dossiers, ses démarches pour répondre aux impératifs des projets incontournables.

Le passage à l'an 2000

C'est ainsi que la coordination et le financement des activités entourant l'adaptation des équipements et le passage à l'an 2000 ont permis d'assurer la continuité du service à la clientèle. Profitant de l'occasion, la Régie régionale a complété un renouvellement significatif du parc d'équipements, notamment dans les secteurs de l'informatique, de la téléphonie et de certains équipements médicaux. Les demandes de financement direct ont atteint 75 M$ dont 62 M$ ont été autorisés et seront financés à 75%. Ces chiffres masquent cependant les efforts importants que chacun des établissements a consentis à même les budgets d'opération et d'immobilisation. Si le passage sans heurt à l'an 2000 a ravivé les doutes de certains quant à la nécessité des efforts déployés, les mieux informés n'y ont vu, pour leur part, que le résultat anticipé et pleinement mérité des nombreux efforts fournis.

Le technocentre régional

Le déploiement de l'inforoute sociosanitaire (Réseau de Télécommunication du Secteur Sociosanitaire), l'implantation et le support de Lotus Notes, de même que le développement du système d'information clientèle des CLSC de la région de Montréal ont été les premières activités qui se sont regroupées dans ce qu'il est maintenant convenu d'appeler le technocentre régional de Montréal-Centre, qui abrite également un centre de formation spécialisé sur les applications informatiques et les outils de bureautique propre au milieu sociosanitaire. Installé en septembre 1999 dans des locaux de la rue Christophe-Colomb, le technocentre régional assure le support au réseau de télécommunication du secteur sociosanitaire (RTSS), le support et le développement d'applications Lotus Notes et l'hébergement d'applications dédiées à des groupes d'établissements. Le technocentre régional servira de plaque tournante pour faciliter les échanges d'informations cliniques et administratives entre les établissements de la région et leurs nombreux partenaires.

L'implantation d'applications

Plusieurs applications provinciales ou régionales ont été implantées dans la région de Montréal-Centre au cours de l'année 1999-2000, dont les suivantes :

- Le système d'information clientèle des 29 CLSC (SIC+),
- Un système de gestion des listes d'attentes en chirurgie cardiaque (application Notes),
- Le système d'information sur les urgences dans 5 établissements (SIURGE),
- Le système d'information sur les ressources de type familiale (SIRTF),
- Le système d'information pour les centres d'hébergement et de longue durée (SICHELD).

En fin d'année, les activités de démarrage, de développement ou de pré-déploiement de la Régie régionale ciblaient des projets tels que :

- L'analyse préliminaire des systèmes d'information communs des centres ambulatoires de la région,
- L'évaluation du système d'information sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilence,
- La fiche de référence interétablissement (FRIE),
- La gestion des avis de naissance (ADN),
- La révision des processus de travail en CLSC.

La situation financière

Les ressources financières 88
Les ententes de gestion 88
Prise en charge du déficit 1999-2000 88
Le passage à l'an 2000 88
Le budget 88
La situation financière des établissements 89
Les autorisations d'emprunt 90

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Dans l'optique de permettre aux établissements de prendre un nouveau départ d'un point de vue financier, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a, pour l'exercice 1999-2000, remboursé les déficits accumulés au 31 mars 1999 (selon certaines règles).

Les ententes de gestion

L'entente de gestion vise à procéder, sous certaines conditions, au remboursement du déficit accumulé et à convenir des objectifs annuels de retour progressif à l'équilibre budgétaire. Elle établit des ajustements budgétaires et des allocations pour la consolidation et le développement de services. L'entente précise, enfin, les éléments d'un plan d'intervention sur les ressources humaines et l'amélioration de l'offre de services à la population.

Vingt-trois (23) ententes de gestion tripartites ont été signées entre le MSSS, la Régie régionale et les établissements. La contribution de la Régie régionale s'élève à 37,5 M$.

Prise en charge du déficit 1999-2000

Vue la situation financière du réseau, le ministère de la Santé et des Service sociaux a décidé de prendre en charge les déficits 1999-2000 des établissements.

Le passage à l'an 2000

La Régie régionale a pris les mesures nécessaires au maintien sans interruption de l'offre de services de santé et des services sociaux. Financé à 50% par le MSSS, 25% par la Régie régionale et 25% par les établissements, le coût total de ces mesures atteint approximativement 62 M$.

Le budget

Le budget 1999-2000 réservé aux établissements du réseau de la Régie régionale est de l'ordre de 3,3 milliards $. Les développements de services versés par continuum sont approximativement de :

Santé physique :	12,5 M$
Santé mentale :	0,1 M$
Alcoolisme et toxicomanie :	2,0 M$
Personnes âgées en perte d'autonomie :	5,1 M$
Déficience intellectuelle :	0,2 M$
Déficience physique :	0,4 M$
Pour un total de :	**20,3 M$**

La situation financière des établissements

Malgré une prise en charge des déficits accumulés au 31 mars 1999 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'année financière 1999-2000 se solde par un déficit financier de l'ordre de 215,8 millions pour la région montréalaise. À la lumière des éléments connus à ce jour, des résultats de cette ampleur étaient probables, considérant que l'opération ministérielle de 1998-1999 ne pouvait qu'éponger de façon non-récurrente une dette dont l'engagement et les services étaient donnés sur une base récurrente.

N'eut été l'augmentation de l'ordre de 52 millions de dollars du budget brut des établissements, ce déficit aurait été encore plus élevé. Cet accroissement provient principalement de l'octroi d'environ 20 millions de dollars en développement de services, le solde ayant été versé pour le paiement des coûts de système alloués au réseau. Cette injection d'argent a été fort appréciée des établissements qui, depuis quelques années déjà, devaient assumer à même leur budget non-indexé le coût des progressions salariales de leur personnel ainsi que les augmentations de prix reliées aux fournitures, aux médicaments et autres services achetés.

En dépit de cet ajout budgétaire, on observe, pour 1999-2000, une réduction de l'excédent des revenus sur les charges d'environ 517 000 $ et une augmentation importante des déficits budgétaires de 54,2 millions de dollars. Ces résultats confirment que nos établissements, comme ceux de tout le réseau de la santé et des services sociaux, subissent des pressions externes de plus en plus fortes et que les marges de manœuvre des gestionnaires se rétrécissent d'année en année.

Ainsi, 92 % du déficit global provient des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés publics. Cette augmentation de plus de 25% sur l'an dernier représente 199 M$ sur un total de 216 M$. Le déficit des CLSC est, pour sa part, passé de 515 928 $ en 1998-1999 à 2 336 987 $, soit une augmentation de 78%. La Régie régionale conclut que ces résultats signifient que la population interpelle davantage les CLSC et que la pression risque d'être plus accentuée dans un futur immédiat.

Tableau 40 **Sommaire de la situation financière des établissements - 1999-2000**

		Avant prise en charge ministérielle du déficit 1999-2000			Après prise en charge
Catégories d'établissements	Budget Brut	Surplus	Solde de (Déficit)	Solde de fonds au 31-03-2000	fonds au 31-03-2000
CHSLD publics	503 746 016 $	1 060 454 $	(3 984 727) $	8 839 595 $	11 270 211 $
CHSLD privés	148 483 425 $	1 111 374 $	(1 427 904) $	9 701 517 $	9 701 517 $
CHSGS publics	2 006 949 890 $	502 097 $	(199 415 294) $	(193 908 134) $	1 930 812 $
CHSGS privés	29 162 088 $	422 823 $	(334 926) $	402 097 $	402 097 $
CRPDIPT publics	158 121 919 $	244 713 $	(3 232 166) $	1 132 637 $	2 999 833 $
CRPDIPT privés	3 318 251 $	262 401 $	0 $	352 357 $	352 357 $
CLSC	241 645 453 $	430 551 $	(2 336 987) $	1 769 750 $	3 176 053 $
CPEJ	197 260 588 $	75 500 $	(5 036 887) $	(4 788 437) $	254 910 $
Total 1999-2000	**3 288 687 630 $**	**4 109 913 $**	**(215 768 891) $**	**(176 498 618) $**	**30 087 790 $**
Total 1998-1999	**3 236 878 273 $**	**4 626 570 $**	**(161 568 457) $**	**(350 876 311) $**	**32 593 174 $**
Variation	51 809 357 $	(516 657) $	(54 200 434) $	174 377 693 $	(2 505 384) $

Note: Les données proviennent essentiellement des rapports financiers des établissements (As-471)
Ces données demeurent sujettes à l'analyse financière statutaire de la Régie régionale

De nombreux éléments expliquent en bonne partie les résultats de l'exercice financier 1999-2000. À titre d'exemple, mentionnons que les plans de redressement et les actions exigés, en fin d'année 1998-1999, de nos établissements pour corriger la situation financière, ne pouvaient se concrétiser sur une seule année en raison du phénomène de la récurrence de la majorité des dépenses. D'autres contraintes, telles la surévaluation des revenus attendus, l'implantation de systèmes d'informatisation et les coûts d'adaptation de l'an 2000, les coûts de sécurité et de stabilité d'emploi, la hausse des coûts des médicaments et l'alourdissement de clientèle ont aussi fait grimper les dépenses.

Le MSSS prendra en charge, de façon non récurrente, 206,6 des 215,8 M$ (ces données doivent être validées par la Régie régionale et le MSSS) du déficit financier des établissements du réseau montréalais. Le solde de fonds s'établit à 30,0 M$ comparativement à 32,6 millions l'an dernier, soit une réduction de 2,6 M$. Enfin, le MSSS et la Régie régionale entendent maintenir un lien très étroit avec les établissements afin d'assurer un suivi régulier et évaluer conjointement les problématiques de chacun ainsi que les moyens à développer pour retrouver le plus rapidement possible l'équilibre, tout en minimisant l'impact sur les services directs à la population.

Les autorisations d'emprunt

Au 31 mars 2000, la Régie régionale avait en vigueur 157 autorisations d'emprunt aux établissements publics du réseau, pour un total de 347 618 604 $, en baisse de 20 M$ par rapport à l'exercice 1998-1999. 90% des autorisations d'emprunts allaient aux dépenses de fonctionnement et 10% aux dépenses d'immobilisation. De plus, la très grande majorité de ces autorisations concernent des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Les autorisations d'emprunt reliées aux dépenses courantes de fonctionnement, incluant la transformation, représentent 10,09 % du budget brut régional, lequel atteint la somme de 3 097 017 691 $. Le pourcentage total varie évidemment fortement d'une catégorie d'établissement à l'autre, allant de 0,01 % à 9,68 %.

Tableau 41 **Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000**

Budget brut de fonctionnement de tous les établissements publics de la région de Montréal-Centre : 3 097 017 691 $

Établissements publics	DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				IMMOBILISATIONS	
	Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut régional	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut régional
CHSGS 117 Autorisations	298 756 257 $	969 411 $	299 725 668 $	9,68%	27 151 620 $	0,88%
CHSLD 23 Autorisations	4 248 912 $	5 388 168 $	9 637 080 $	0,31%	3 899 271 $	0,13%
CLSC 10 Autorisations	2 040 000 $		2 040 000 $	0,07%	1 404 734 $	0,05%
CRPDIPT 5 Autorisations	686 000 $		686 000 $	0,02%	498 000 $	0,02%
CPEJ 2 Autorisations	430 343 $		430 343 $	0,01%	2 145 888 $	0,07%
SOMMAIRE RÉGIONAL 157 Autorisations	**306 161 512 $**	**6 357 579 $**	**312 519 091 $**	**10,09%**	**35 099 513 $**	**1,13%**

Quant aux autorisations d'emprunt reliées aux dépenses d'immobilisations, celles-ci ne représentent que 1,13% du budget brut régional et sont reliées à des projets autofinancés. Les tableaux suivants en donnent le détail par établissement.

Tableau 42 **État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CHSGS publics**

Établissements	Budget brut au 31 mars 2000	DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				IMMOBILISATIONS	
		Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
H. Louis-H. Lafontaine	99 359 150 $	14 826 030 $		14 826 030 $	15%	1 301 793 $	1%
C.H. Angrignon	81 449 745 $	698 615 $		698 615 $	1%	2 289 123 $	3%
C.H.U.M.	370 375 695 $	82 226 848 $	660 000 $	82 886 848 $	22%	3 973 551 $	1%
H. général du Lakeshore	41 614 126 $	586 751 $		586 751 $	1%	751 713 $	2%
Hôp. Catherine Booth	5 660 141 $	150 000 $	155 500 $	305 500 $	5%		N/A
Hôpital Santa Cabrini	51 583 541 $	2 761 488 $		2 761 488 $	5%	232 700 $	0%
Inst. de cardiologie de Mtl	48 630 136 $	8 385 381 $		8 385 381 $	17%	81 158 $	0%
CUSM - H.Mtl pour enfants	66 718 404 $	17 821 102 $		17 821 102 $	27%		N/A
H. du Sacré-Coeur de Montréal	140 934 863 $	24 840 667 $		24 840 667 $	18%	700 735 $	0%
CUSM - H. général de Montréal	128 427 725 $	31 496 331 $	153 911 $	31 650 242 $	25%		N/A
C.H. Fleury	35 809 494 $				N/A	572 118 $	2%
H. Jean-Talon	41 556 788 $	1 359 483 $		1 359 483 $	3%	368 659 $	1%
H. général Juif Sir Mortimer B. Davis	122 342 537 $	33 442 920 $		33 442 920 $	27%	2 731 403 $	2%
C.H. de Lachine	25 265 331 $	1 293 599 $		1 293 599 $	5%	74 606 $	0%
H. Ste-Justine	127 545 170 $	13 568 900 $		13 568 900 $	11%	3 426 458 $	3%
H. St-Mary	58 878 715 $	1 925 991 $		1 925 991 $	3%	1 236 577 $	2%
Institut Philippe Pinel	31 237 585 $	7 023 888 $		7 023 888 $	22%	100 000 $	0%
H. Rivière-des-Prairies	55 839 781 $	2 389 534 $		2 389 534 $	4%	65 880 $	0%
I.R.M.	11 503 288 $	1 662 000 $		1 662 000 $	14%	92 129 $	1%
H. Maisonneuve-Rosemont	164 528 940 $	22 957 515 $		22 957 515 $	14%	2 190 687 $	1%
CUSM - Hôpital Neurologique	21 874 984 $	4 936 185 $		4 936 185 $	23%		N/A
H. Douglas	64 742 410 $				N/A	458 735 $	1%
CUSM - H. Royal Victoria	157 002 472 $	24 403 029 $		24 403 029 $	16%	6 503 595 $	4%
TOTAL CHSGS		**298 756 257 $**	**969 411 $**	**299 725 668 $**		**27 151 620 $**	

Tableau 43 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CHSLD publics

Établissements	Budget brut au 31 mars 2000	DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				IMMOBILISATIONS	
		Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
Les CHSLD du Plateau Mt-Royal	13 502 701 $				N/A	405 453 $	3%
CHSLD Champlain - Manoir Verdun	23 794 384 $				N/A	39 114 $	0%
Les CHSLD de Lachine, N. Piché et F. Dorval	17 203 701 $				N/A	9 235 $	0%
CHSLD-CLSC Saint-Laurent	14 556 584 $				N/A	304 219 $	2%
CHSLD St-Michel	9 215 483 $		4 248 168 $	4 248 168 $	46%		N/A
C.H. Notre-Dame-de-la Merci	29 924 057 $		1 140 000 $	1 140 000 $	4%		N/A
Foyer Rousselot	6 032 107 $	155 000 $		155 000 $	3%		N/A
C.H. Maimonides	21 879 755 $	3 136 348 $		3 136 348 $	14%		N/A
C.H. Mont Sinai	7 345 584 $	850 000 $		850 000 $	12%		N/A
C.H. Juif de l'Espérance	9 087 992 $	107 564 $		107 564 $	1%	1 241 250 $	14%
Inst.Universitaire de gériatrie de Mtl	32 713 685 $				N/A	1 900 000 $	6%
TOTAL CHSLD		**4 248 912 $**	**5 388 168 $**	**9 637 080 $**		**3 899 271 $**	

Tableau 44 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CRPDIPT publics

Établissements	Budget brut au 31 mars 2000	DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				IMMOBILISATIONS	
		Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
C. R. de l'Ouest de Montréal	23 955 896$	450 000 $		450 000 $	2%	300 000 $	1%
C. R. Lucie-Bruneau	14 647 772 $	236 000 $		236 000 $	2%	198 000 $	1%
TOTAL CRPDIPT		**686 000 $**		**686 000 $**		**498 000 $**	

Tableau 45 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CPEJ publics

Établissements	Budget brut au 31 mars 2000	DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				IMMOBILISATIONS	
		Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
Centres Jeunesse de Montréal	146 962 400 $				N/A	2 145 888 $	1%
CPEJ-C.V.M. (Batshaw)	22 942 324 $	430 343 $		430 343 $	2%		N/A
TOTAL CPEJ		**430 343 $**		**430 343 $**		**2 145 888 $**	

Tableau 46 État détaillé des autorisations d'emprunt au 31 mars 2000 - CLSC publics

Établissements	Budget brut au 31 mars 2000	DÉPENSES COURANTES DE FONCTIONNEMENT				IMMOBILISATIONS	
		Fonctionnement	Transformation	Total	% par rapport au budget brut	Projets autofinancés Solde d'amortissement	% par rapport au budget brut
CLSC Rivière-des-Prairies	6 253 414 $				N/A	334 960 $	5%
CLSC Montréal-Nord	16 559 826 $				N/A	76 276 $	0%
CLSC Pierrefonds	10 257 775 $	400 000 $		400 000 $	4%		N/A
CLSC St-Louis Du Parc	6 261 431 $				N/A	392 059 $	6%
CLSC Côte-des-Neiges	17 796 277 $	1 500 000 $		1 500 000 $	8%		N/A
CLSC La Petite Patrie	7 298 319 $	140 000 $		140 000 $	2%	205 000 $	3%
CLSC Ahuntsic	9 493 880 $				N/A	378 068 $	4%
CLSC Verdun/Côte St-Paul	12 665 277 $				N/A	18 371 $	0%
TOTAL CLSC		**2 040 000 $**		**2 040 000 $**		**1 404 734 $**	

Les états financiers de la Régie régionale

Service des finances et de l'environnement 97
Résultats 98
Résultats par centre d'activités 99
Bilan 100
Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds 101
État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits et suivi des comptes à payer non pourvus ... 108

Raymond Chabot Grant Thornton

Aux membres du conseil d'administration
de la Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Montréal-Centre

Les renseignements financiers ci-joints concordent avec ceux contenus dans le rapport financier annuel de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre au 31 mars 2000 dont ils sont tirés et sur lequel nous avons exprimé, le 26 mai 2000, une opinion sans réserve.

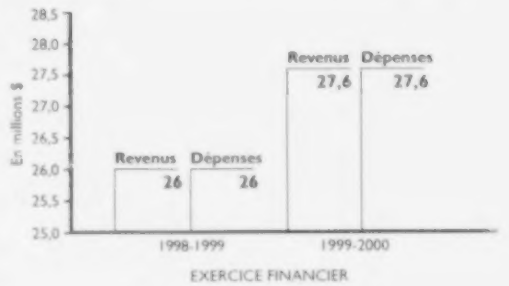
Raymond Chabot Grant Thornton

RAYMOND CHABOT GRANT THORNTON
Comptables agréés
Montréal
26 mai 2000

SERVICE DES FINANCES ET DE L'ENVIRONNEMENT

Le fonds d'exploitation comprend les activités principales et accessoires. Les revenus et les dépenses ont augmenté de 1,6M$ en 1999-2000 par rapport à 1998-1999 et ceci s'explique, entre autres, par des revenus plus élevés en provenance du MSSS dans le dossier « loyer santé publique » pour 1M$ et celui « des coûts de système et rétroactivité salariale » pour 0,6M$.

Graphique 12 **Évolution du fonds d'exploitation**



Fonds d'exploitation - Exercice terminé le 31 mars 2000

RÉSULTATS	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
PROVENANCE DES REVENUS:				
Subventions MSSS :				
-Budget signifié	18 153 970 $	17 587 549 $		
-(Diminution) ou augmentation du financement	468 265	(455 850)		
-Autres subventions			142 000 $	40 000 $
TOTAL	18 622 235	17 131 699	142 000	40 000 $
Revenus d'intérêts	166 148	129 944	65 095	61 484
Revenus commerciaux			71 231	69 061
Revenus d'autres sources:				
-Contributions de l'avoir propre	23 330	140 285		
-Contributions des fonds affectés	271 922	7 938		
-Autres	769 847	1 011 261	7 561 959	7 455 448
TOTAL	19 853 482	18 421 127	7 840 285	7 625 993
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS:				
Salaires - personnel cadre	3 008 747	2 687 901	1 233	984
Salaires - personnel autre	7 571 252	7 346 984	25 620	723
Avantages sociaux généraux - personnel cadre	457 763	438 776		
Avantages sociaux généraux - personnel autre	1 373 547	1 374 686		
Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	138 766	139 807		
Avantages sociaux particuliers - personnel autre	281 013	277 844		
Charges sociales - personnel cadre	309 066	283 039	99	200
Charges sociales - personnel autre	963 798	920 360	50	97
Frais de déplacement	150 594	162 257		
Services achetés	1 489 958	1 363 286		146 125
Communications	338 208	336 061		
Loyer	2 053 501	1 521 779	68 510	67 183
Location d'équipement	257 748	262 099		
Fournitures de bureau	200 360	274 533		(188)
Autres frais	307 383	384 337	7 701 900	7 370 305
Charges non réparties	604 984	235 942		
Total des charges d'exploitation	19 506 688	18 009 691	7 797 412	7 585 429
Dépenses d'immobilisations	330 486	394 777		
Charges extraordinaires				
TOTAL DES DÉPENSES	19 837 174	18 404 468	7 797 412	7 585 429
EXCÉDENT (DÉFICIT)	16 308 $	16 659 $	42 873 $	40 564 $

Fonds des activités régionalisées - Exercice terminé le 31 mars 2000

RÉSULTATS PAR CENTRE D'ACTIVITÉS	Approvisionnement en commun de biens et services	Service régional de buanderie	Service aérien	Techno-centre régional	Autres activités régionalisées	Total
PROVENANCE DES REVENUS						
Contribution des établissements		7 655 360 $		627 869 $	40 014 $	8 323 243 $
Revenus de placement		13 229			32 998	46 227
Revenus d'autres sources				2 894 810	4 936 340	7 831 150
Autres						
TOTAL		7 668 589		3 522 679	5 009 352	16 200 620
NATURE DES DÉPENSES						
Charges d'exploitation :						
Salaires		148 407		34 365	196	182 968
Avantages sociaux généraux		17 993		1 861	18	19 872
Avantages sociaux particuliers				624		624
Charges sociales		13 377		4 860	1 671	19 908
Frais de déplacement		1 079		3 920	(6 182)	(1 183)
Services achetés		7 510 218		1 155 118	114 222	8 779 558
Communications		7 000		7 525		14 525
Loyer		5 000		290 319		295 319
Location d'équipement		400		15 651		16 051
Fournitures de bureau		6 641		44 627		51 268
Transfert de frais généraux						
Autres frais		7 296			5 058 496	5 065 792
TOTAL		7 717 411		1 558 870	5 168 421	14 444 702
Dépenses d'immobilisations						
TOTAL		7 717 411		1 558 870	5 168 421	14 444 702
EXCÉDENT (DÉFICIT)	- $	(48 822) $	- $	1 963 809 $	(159 069) $	1 755 918 $

Fonds combinés - Exercice terminé le 31 mars 2000

BILAN	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	1 743 473 $	1 198 151 $	1 135 602 $	929 351 $
Débiteurs:- MSSS	1 030 262	1 085 702		
-Etablissements	127 700	219 971	1 390 436	1 893 630
-Autres	211 585	204 930	2 003 560	539 402
-Autres				
-Autres				
Intérêts courus				
Placements temporaires				
Charges payées d'avance	470 717	96 437	2 880	
Autres éléments	56 072	46 602	204 359	1 238
Autres éléments				
Immobilisations			2 704 782	608 458
Autres éléments d'actif	43 399	81 735		
TOTAL DE L'ACTIF	3 683 208 $	2 933 528 $	7 441 619 $	3 972 079 $
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque			916 463 $	182 669 $
Emprunts de banque				
Créditeurs et charges à payer:				
-MSSS				
-Etablissements	11 504 $	60 163 $	2 471 893	903 173
-Autres	1 908 590	1 380 391	1 295 902	1 884 794
-Autres				
-Autres				
Revenus reportés	456 796	469 428		
Autres éléments				
Autres éléments				
Autres éléments				
A long terme				
TOTAL DU PASSIF	2 376 890	1 909 982	4 684 258	2 970 636
SOLDE DE FONDS	1 306 318	1 023 546	2 757 361	1 001 443
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	3 683 208 $	2 933 528 $	7 441 619 $	3 972 079 $

Autres fonds affectés - Exercice terminé le 31 mars 2000

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

	Fonds des immobilisations	Fonds des Orientation jeunesse	Fonds Santé mentale	Opération Verglas
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	1 504 $	- $	- $	117 480 $
PROVENANCE				
MSSS	14 732 642	20 000		
Subvention pour intérêts sur emprunts	428 422			
Revenus d'intérêts		-		29 324
Autres				
TOTAL	15 161 064	20 000	-	29 324
ATTRIBUTIONS				
Établissements : finalité du fonds	14 740 093			(279 574)
Établissements : réduction déficit 1999-2000				
Organismes		20 000		
Intérêts sur emprunts	428 422			
Contributions au fonds d'exploitation				
Autres (Récupération MSSS)				117 480
Charges d'opérations	(6 020)			
TOTAL	15 162 495	20 000	-	(162 094)
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	73 $	- $	- $	308 898 $

Fonds affectés combinés - Exercice terminé le 31 mars 2000

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

	Fonds des locations d'espaces	Fonds Expérience de travail	Fonds des médecins en régions éloignées
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	- $	562 347 $	
PROVENANCE			
MSSS		639 112	
Subvention pour intérêts sur emprunts			
Revenus d'intérêts		61 931	
Autres (Contributions établissement)		4 999	
Autres			
TOTAL	-	706 042	
ATTRIBUTIONS			
Établissements : finalité du fonds			
Organismes : réduction déficit			
1999-2000			
Organismes		302 217	
Intérêts sur emprunts			
Contributions au fonds d'exploitation		35 000	
Autres		86 000	
Autres			
TOTAL	-	423 217	
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	- $	845 172 $	- $

Fonds affectés combinés - Exercice terminé le 31 mars 2000

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

	Fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements	Fonds des services en C.L.S.C.	Fonds Santé publique	Fonds de désengorgement des urgences
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	- $	- $	22 882 $	9 032 $
PROVENANCE				
MSSS			1 204 328	4 823 927
SAAQ				
Subventions pour intérêts sur emprunts				
Revenus d'intérêts		2 363	13 138	
Revenus autonomes				
Revenus de vente de permis				
Autres		66 637	1 476 787	
Autres				
TOTAL	-	69 000	2 694 253	4 832 927
ATTRIBUTIONS				
Établissements : finalité du fonds		6 227	2 663 562	4 832 959
Établissements: réduction déficit 1999-2000				
Organismes			9 000	
Intérêts sur emprunts				
Contrat à budget:				
-Opérations				
- Salaires				
- Avantages sociaux				
Formation des intervenants				
Soutien aux zones de parc				
Soutien réseau de communication et centrales de coordination				
Soutien à la politique de déplacement des usagers				
Transport entre établissements				
Contributions au fonds d'exploitation				
Dépenses d'immobilisations				
Autres		8 000	21 691	
TOTAL	-	14 227	2 694 253	4 832 959
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	- $	54 773 $	22 882 $	- $

Fonds affectés des équipements - Exercice terminé le 31 mars 2000

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

	Contribution MSSS An 2000 (50%)	Autres	Total
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	- $	2 967 $	2 967 $
PROVENANCE			
MSSS	22 294 425	52 930 943	75 225 368
Subventions pour intérêts sur emprunts	9 599	874 307	883 906
Revenus d'intérêts			-
Autres (Ventes d'équipements)		8 884	8 884
Autres			-
Autres			-
Autres			-
Autres			-
TOTAL	22 304 024	53 814 134	76 118 158
ATTRIBUTIONS			
Établissements	16 328 179	51 096 824	67 425 003
RRSSS - Fonds d'exploitation			-
RRSSS - Autres fonds affectés			-
Intérêts sur emprunts	9 599	874 307	883 906
Autres		864 618	864 618
Autres			-
Autres			-
Autres			-
Autres			-
TOTAL	16 337 778	52 835 749	69 173 527
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	5 966 246 $	981 352 $	6 947 598 $

Autres fonds affectés - Exercice terminé le 31 mars 2000

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

	SIDA	Système information clientèle	Priorités régionales	Fonds de Buanderie Centrale de Mtl.
SOLDE A ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	107 308 $	65 114 $	123 915 $	11 795 919 $
PROVENANCE				
MSSS	5 269 060	226 324		
Subvention pour intérêts sur emprunts				572 512
Revenus d'intérêts	137 945	29 587	48 204	219
Autres	22 316	437 143	1 127 062	
Autres				
TOTAL	5 429 321	693 054	1 175 266	572 731
ATTRIBUTIONS				
Établissements : finalités du fonds	4 289 016	64 829	1 001 996	
Établissements : réduction déficit 1999-2000	10 918			
Organismes	987 477		62 355	
Intérêts sur emprunts				572 512
Contributions au fonds d'exploitation				
Charges d'opération	79 538	598 638	113 401	147 406
Dépenses d'immobilisations				
Autres				
Autres				
TOTAL	5 366 949	663 467	1 177 752	719 918
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	169 680 $	94 701 $	121 429 $	11 648 732 $

Autres fonds affectés - Exercice terminé le 31 mars 2000

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

	Développement du personnel d'encadrement	Programme du sang	Rationnalisation des services	Approvisionnement produits biologiques
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	37 282 $	- $	6 453 $	- $
PROVENANCE				
MSSS	355 540	20 000	1 060 035	8 960 224
Subvention pour intérêts sur emprunts				
Revenus d'intérêts	68 079		46 413	
Autres	366 903		6 570	16 771 255
Autres				
TOTAL	790 522	20 000	1 113 018	25 731 479
ATTRIBUTIONS				
Établissements : finalités du fonds	248 941		900 365	1 196 124
Établissements : réduction déficit				
1999-2000	63 918			
Organismes	1 350			
Intérêts sur emprunts				
Contributions au fonds d'exploitation				
Charges d'opérations	453 601			
Dépenses d'immobilisations				
Autres		20 000	161 084	24 535 355
Autres				
TOTAL	767 810	20 000	1 061 449	25 731 479
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	59 994 $	- $	58 022 $	- $

Autres fonds affectés - Exercice terminé le 31 mars 2000

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

	Service d'aide domestique	Consolidation services restructuration financière du réseau	Déficience intellectuelle
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	6 756 $	- $	- $
PROVENANCE			
MSSS		649 242 618	280 000
Subvention pour intérêts sur emprunts			
Revenus d'intérêts	778	8 424 517	3 856
Autres			
Autres			
TOTAL	778	657 667 135	283 856
ATTRIBUTIONS			
Établissements : finalités du fonds		103 755 008	200 000
Établissements : réduction déficit			
1999-2000		525 776 341	
Organismes		100 000	
Intérêts sur emprunts			
Contributions au fonds d'exploitation			
Charges d'opérations	207		
Dépenses d'immobilisations			
Autres		20 795 697	80 000
Autres			
TOTAL	207	650 427 046	280 000
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	7 327 $	7 240 089 $	3 856 $

Enveloppe régionale de crédit - Exercice terminé le 31 mars 2000

ÉTAT D'ALLOCATION DE L' ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS ET SUIVI DES COMPTES À PAYER NON POURVUS		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE 1999-2000		
Montant de l'enveloppe, excluant celui de la ligne 02	01	3 115 664 594 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à la régie régionale et confirmé à l'enveloppe régionale	02	151 169 762
Montant de l'enveloppe régionale 1999-2000	03	3 266 834 356
Autres	04	
TOTAL	05	3 266 834 356
Affectations de l'enveloppe régionale 1999-2000 :		
Allocations aux établissements	06	3 051 997 948
Allocations aux organismes communautaires	07	55 324 483
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	7 327 155
Montant des affectations de l'enveloppe régionale	09	3 114 649 586
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 - Montant attribué	10	151 169 762
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 - Montant reporté	11	
Autres	12	1 015 008
TOTAL DES AFFECTATIONS	13	3 266 834 356
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 - Solde non attribué	14	
TOTAL	15	3 266 834 356
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS	16	- $
SUIVI DES COMPTES À PAYER NON POURVUS		Montant
Solde au 31 mars 1999	17	29 468 977 $
Nouveaux comptes à payer non pourvus contractés au cours de l'exercice	18	
Comptes à payer non pourvus au 31 mars 1999 liquidés au cours de l'exercice	19	29 468 977
Solde à la fin	20	-
Composé de:		
- Comptes à payer non pourvus contractés envers des établissements	21	
- Autres	22	
TOTAL	23	- $

Annexe

La situation financière détaillée des établissements de Montréal-Centre 110

Situation financière détaillée des établissements de Montréal-Centre

	1998-1999		1999-2000		
	BUDGET BRUT	Surplus/ (Déficit) [1]	BUDGET BRUT	Surplus/ (Déficit)	Solde du fonds au 31 mars 2000
CHSLD PUBLICS					
CHSLD Plateau Mont-Royal	13 474 953	14 530	13 502 701	(199 444)	0
CHSLD Champlain-Manoir Verdun	23 867 145	(678 953)	24 113 824	(361 468)	0
CHSLD Lucille Teasdale	27 820 971	(1 342)	27 933 469	0	1 067 416
Centre de soins prolongés de Mtl	12 809 804	(743 264)	-	-	-
Hôpital Grace Dart	6 851 283	(182 021)	-	-	-
Le Centre de soins prolongés Grace Dart	-	-	19 593 610	(514 878)	(28 288)
CA de Lachine	7 712 558	41 111	-	-	-
Foyer Dorval	4 741 669	10 067	-	-	-
Centre d'accueil Nazaire-Piché	4 441 521	1 229	-	-	-
Les CHSLD de Lachine, Nazaire Piché et Dorval	-	-	17 203 701	(139 903)	176 636
CHSLD-CLSC Saint-Laurent	14 169 083	(182 278)	14 556 954	0	262 460
Inst.can.polonais du Bien-être	4 601 264	(113 657)	4 617 415	(1 483)	164 458
CHSLD Biermans-Triest	20 297 100	186 115	20 385 605	0	538 015
Les CHSLD Centre-Ville de Montréal	24 633 341	60 804	24 769 786	0	1 337 368
CH Saint-Michel	9 098 297	3 164	9 215 483	0	1 017 165
CHSLD de mon quartier	19 053 093	34 564	19 130 078	0	493 666
Rés. Mance-Décary (CHSLD)	25 699 605	12 938	25 761 828	(330 966)	(295 387)
Hôpital St-Joseph de la Providence	15 698 981	121 963	-	-	-
CHSLD-CLSC Bordeaux-Cartierville	-	-	15 653 788	0	553 325
Hôpital Notre-Dame de la Merci	29 831 663	285 204	31 424 057	0	134 140
CH Jacques-Viger	24 539 825	(25 080)	24 740 120	0	308 974
L'Hôpital chinois de Montréal	5 715 787	(21 265)	6 567 126	0	250 320
Foyer Rousselot	6 016 397	(10 251)	6 032 107	(206 780)	0
Foyers presbytériens St-Andrew	2 924 644	(20 227)	3 048 010	0	127 640
CH gériatrique Maimonides	22 479 089	(122 627)	21 880 757	(69 686)	0
Centre d'accueil Juif	7 081 558	(278 201)	7 092 128	0	0
Centre d'accueil St-Margaret	5 282 812	(84 207)	5 299 845	0	17 087
Hôpital Mont-Sinai	7 534 413	(35 406)	7 345 954	(1 215 990)	879 197
CA Father Dowd	5 029 165	(462 183)	5 086 027	0	500 076
CHSLD Havres	12 621 037	0	12 957 054	(123 962)	0
Manoir Cartierville	12 121 572	1 808	12 147 723	0	362 543
C.H. Juif de l'Espérance	9 228 679	(329 522)	9 287 992	0	0
Centre d'accueil La Salle	15 640 508	102 608	16 151 735	0	0
Ma Maison St-Joseph	3 234 119	291 051	pas de suivi financier - établissement privé conventionné		

Résidence Yvon-Brunet	7 273 770	77 595	7 291 912	0	164 883
Inst. Univ. Gériatrie de Mtl.	32 956 818	(741 008)	33 077 383	(541 098)	0
CHSLD Émil.-Gamelin Arm.-Laver	16 047 382	(1 706)	16 501 504	0	229 564
Rés. Laurendeau Légaré Louvain	23 979 217	163 420	24 054 943	0	719 461
CA Denis-Benjamin-Viger	5 137 275	3 949	5 179 941	0	92 332
Centre d'accueil Louis-Riel	3 804 828	(171 535)	3 815 177	(264 338)	0
Centre d'accueil Réal-Morel	5 051 231	60 172	5 070 200	0	170 293
Sous-total CHSLD publics	**498 502 457**	**(2 732 441)**	**500 494 937**	**(3 969 996)**	**9 243 344**
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS					
Centre Cardinal	6 932 378	(21 329)	8 977 149	(133 344)	1 903 856
Hôpital Notre-Dame de Lourdes	8 589 215	25 565	9 994 540	(57 044)	253 696
Résidence Angélica Inc.	10 061 557	(112 294)	14 072 627	29 345	4 007 122
CHSLD Bayview	6 823 290	(1 090)	8 511 771	(9 116)	964 399
Rés. Berthiaume Du Tremblay	8 894 039	(55 367)	10 549 311	(155 437)	(1 213 830)
CHSLD Marie-Claret	3 141 212	(623 268)	3 929 309	17 301	1 122 793
Centre hébergement St-Georges inc.	12 091 589	299 362	14 634 391	261 167	0
Centre d'accueil Le Royer inc.	4 781 664	64 121	6 016 082	(389 931)	0
Hôpital Ste-Thérèse inc.	2 070 348	47 747	2 473 541	51 256	(117 234)
Les Cèdres-C.A. pour personnes âgées	620 506	(56 220)	731 236	(46 233)	261 739
CH St-Vincent-Marie inc.	3 657 547	130 752	4 444 846	128 663	889 141
Centre d'accueil Gouin inc.	3 376 459	152 366	4 500 419	66 724	208 970
Hôpital St-Denis (1980) inc.	881 626	6 283	-	-	-
CHSLD Bourget	5 112 581	137 624	6 067 754	200 507	412 616
CHSLD Bussey (Québec)	1 782 250	21 948	2 256 700	48 602	(358 774)
Vigi Santé (CHSLD Ste-Rita)	2 269 252	42 032	2 776 131	12 685	17 752
Vigi Santé Ltée(CHSLD Ste-Ger.)	2 265 431	96 360	2 646 464	94 525	71 073
Vigi S.(CHSLD Doll-des-Ormeaux)	8 271 214	311 757	10 359 862	(334 573)	(368 363)
Vigi Santé (CHSLD Pierrefonds)	3 398 294	188 884	4 236 727	7 953	2 572
Vigi Santé (CHSLD Ville Emard)	2 321 213	91 178	2 831 860	77 230	56 142
Centre d'hébergement Champ.-Marie-Victorin	10 709 736	74 673	14 280 005	174 752	3 125 841
Centre d'hébergement Champlain-Villeray	1 265 158	22 414	1 569 136	22 571	341 829
Vigi S.(CHSLD Mont Royal)	9 519 935	11 849	12 623 564	(295 428)	(1 879 823)
Sous-total CHSLD privés conventionnés	**118 836 494**	**855 347**	**148 483 425**	**(227 825)**	**9 701 517**
CHSGS PUBLICS					
Hôpital Louis-H.-Lafontaine	97 972 783	(8 224 245)	101 359 150	(9 228 805)	(335 483)
Centre hosp. Angrignon	80 398 125	(1 240 050)	81 449 745	(2 884 945)	0
Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)	372 053 853	(33 636 933)	370 429 751	(49 244 063)	(36 112)

	1998-1999		1999-2000		
	BUDGET BRUT	Surplus/ (Déficit) [1]	BUDGET BRUT	Surplus/ (Déficit)	Solde du fonds au 31 mars 2000
Hôpital Marie-Enfant	23 300 685	1 084	23 517 886	(242 409)	0
Hôpital général du Lakeshore	41 036 692	(956 317)	41 616 901	(1 772 210)	0
H. Catherine Booth de A.du S.	5 413 857	(276 114)	7 381 574	0	0
Hôpital Santa Cabrini	52 855 715	(4 225 378)	51 699 186	(4 520 630)	0
Inst. de cardiologie Montréal	50 755 499	(7 141 523)	48 630 136	(8 980 627)	294 650
Hôpital de Montréal pour enfants	67 710 085	(6 755 176)	-	-	-
Hôpital Général de Montréal	130 675 530	(14 384 742)	-	-	-
Hôpital Neurologique de Montréal	24 602 446	(2 137 242)	-	-	-
Hôpital Royal Victoria	157 927 491	(10 460 012)	-	-	-
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	-	-	132 389 725	(49 404 359)	0
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal	140 016 354	(12 944 050)	140 937 083	(9 557 456)	0
Hôpital réad. Lindsay	11 607 951	24 687	12 188 166	0	2 353 247
Centre hosp. Richardson	10 011 519	(266 820)	10 724 400	0	249 973
Centre hospitalier Fleury	35 371 323	(202 930)	35 809 494	(716 722)	0
Hôpital Jean-Talon	41 177 401	(1 660 130)	41 556 788	(1 387 827)	(163 332)
L'Hôpital général juif Sir M.B.Davis	122 294 894	(16 705 442)	122 354 562	(17 624 075)	208 869
C.H. de Lachine	25 286 164	(1 859 829)	25 265 331	(1 710 860)	0
Hôpital Sainte-Justine	126 936 032	(6 375 285)	127 607 670	(11 781 264)	0
C.H. de St. Mary	58 366 776	(2 585 205)	58 888 150	(2 907 814)	(101 617)
Inst. Philippe-Pinel de Montréal	31 012 608	(2 846 406)	31 237 585	(1 364 306)	0
Hôpital Rivière-des-Prairies	55 458 306	(824 798)	55 839 781	(2 666 000)	(539 383)
L'Inst.de réadaptation de Montréal	11 404 568	(175 827)	11 503 288	(1 660 346)	0
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	165 753 485	(11 389 230)	164 528 940	(18 183 040)	0
Hôpital Douglas	63 857 731	(1 783 338)	64 742 410	(1 081 611)	0
Sous-total CHSGS publics	**2 003 257 873**	**(115 394 318)**	**1 761 657 702**	**(196 919 369)**	**1 930 812**
CHSGS PRIVÉS					
Hôpital Marie-Clarac Srs Charit.	9 094 859	(475 151)	10 338 267	(279 126)	559 766
Hôpital Shriners enfant (Québec)	3 771 926	-	3 797 578	0	9
Villa Médica Inc.	13 859 263	374 948	15 026 243	25 808	(157 678)
Sous-total CHSGS privés	**26 726 048**	**(100 203)**	**29 162 088**	**(253 318)**	**402 097**
CRPDIPT PRIVÉS					
Centre Dollard-Cormier	13 444 243	(178 538)	13 609 535	0	55 131
Ass Mtl pr aveugles	4 564 832	-	4 599 364	0	(357 488)
Centre réad. Constance-Lethbridge	6 455 459	58 480	6 496 437	0	645 102
Atelier Le fil d'Ariane inc.	249 415	(10 584)	251 554	0	26 063

Centre réadap. de l'Ouest de Montréal	-	-	23 955 896	(989 549)	0
Centre Miriam	7 677 751	(371 458)	7 724 357	0	0
Institut Raymond-Dewar	9 950 210	(84 804)	10 189 126	0	205 149
Centre réad. Lisette-Dupras	31 235 395	63 176	31 425 270	0	283 193
Prom. soc. Taylor-Thibodeau	23 847 377	(95 969)	-	-	-
Centre réadapt. Lucie-Bruneau	14 594 117	107 183	14 647 772	(529 477)	624 816
Centre Mackay	3 844 811	(693 810)	3 859 699	0	0
Serv. réad. Intégrale	15 664 750	(93 381)	15 794 115	0	353 176
Centre réad. Gabrielle Major	25 354 036	(33 305)	25 568 794	0	1 164 691
Sous-total CRPDIPT publics	**156 882 396**	**(1 299 705)**	**158 121 919**	**(1 519 026)**	**2 999 833**
CRPDIPT privés					
Centre d'accueil Le Portage	2 623 497	(51 816)	3 318 251	250 616	352 357
Sous-total CRPDIPT privés	**2 623 497**	**(51 816)**	**3 318 251**	**250 616**	**352 357**
CLSC					
CLSC Faubourgs	12 425 948	114 360	13 281 635	0	113 657
Clinique comm. Pointe St-Charles[2]	3 861 763	428	4 385 539	(91 829)	0
CLSC René-Cassin	7 348 041	25 085	7 388 377	0	158 916
CLSC Hochelaga-Maisonneuve	9 814 815	(68 183)	9 973 920	(108 241)	0
CLSC Rivière-des-Prairies	6 135 649	20 606	6 253 414	(44 346)	114 671
CLSC St-Henri	5 706 771	48 631	5 803 396	0	198 615
CLSC Montréal-Nord	16 216 809	100 658	16 559 826	(238 432)	117 170
CLSC Pierrefonds	10 052 435	(193 010)	10 257 775	(579 014)	0
CLSC St-Louis du Parc	6 116 738	(24 654)	6 261 431	(39 338)	(100 970)
CA - CLSC de Rosemont	16 965 950	0	17 332 385	(222 237)	11 876
CLSC Côte-des-Neiges	17 437 991	0	17 796 277	(181 240)	0
CLSC-CHSLD Pointe-aux-Trembles	10 702 492	(107 474)	10 914 026	(189 349)	18 852
CLSC Parc Extension	5 345 569	33 701	5 463 572	0	127 132
CLSC Métro	9 397 396	39 686	9 624 793	0	372 803
CLSC La Petite Patrie	7 067 408	3 044	7 303 319	0	9 446
CLSC Villeray	9 019 355	(4 035)	9 229 383	0	218 107
CLSC du Plateau Mont-Royal	7 006 995	0	7 125 682	0	128 636
CLSC Ahuntsic	9 270 034	167	9 493 880	0	118 140
CLSC Saint-Léonard	8 355 752	192 177	8 486 023	0	383 345
CLSC Saint-Michel	7 512 028	4 168	7 693 018	0	157 957
CLSC Olivier-Guimond	5 813 154	2 143	5 934 457	0	64 887
CLSC du Vieux La Chine	7 709 265	50 258	7 872 597	0	(5 428)

	1998-1999		1999-2000		
	BUDGET BRUT	Surplus/ (Déficit) [1]	BUDGET BRUT	Surplus/ (Déficit)	Solde du fonds au 31 mars 2000
CLSC Lac St-Louis	6 983 741	(10 733)	7 037 037	0	106 535
CLSC N.-D-de-Grâce/Montréal-O.	8 139 455	(16 066)	8 336 721	0	646 029
CLSC Mercier-Est / Anjou	9 434 634	97 056	9 634 683	0	88 237
CLSC Verdun/Côte St-Paul	12 280 413	(91 773)	12 202 287	0	127 440
Sous-total CLSC	**236 120 601**	**216 240**	**241 645 453**	**(1 694 026)**	**3 176 053**
CPEJ					
Centre jeunesse Montréal	144 027 718	(2 751 799)	147 059 715	(2 864 236)	200 706
Centres de Jeunesse Shawbridge	12 641 230	0	-	-	-
Maison Elisabeth	646 509	(5 371)	653 230	0	36 816
Hâvre-Jeunesse	581 194	12 615	586 328	0	0
Centre jeunesse Mont St-Patrick	2 210 086	0	-	-	-
C.A. Horizons de la Jeunesse	10 925 409	55 022	-	-	-
CPEJ Ville-Marie	22 896 761	(2 075 220)	48 961 315	(2 155 243)	0
Sous-total CPEJ	**193 928 907**	**(4 764 753)**	**197 260 588**	**(5 019 479)**	**237 522**
TOTAL	**3 393 760 669**	**124 571 354**	**3 198 266 282**	**(210 871 449)**	**31 043 368**

[1] Situation financière avant la prise en charge de la dette des établissements par le gouvernement du Québec.

[2] Le budget final 1999-2000 de la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles inclut un montant de 462 990 $ en fiducie au CLSC Verdun/Côte Saint-Paul.

Note : Les soldes de fonds manquants sont l'indication d'un regroupement d'établissements.